UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1943-1944. — N° 30

TRAITEMENT DE 24 CAS D'ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX REBELLES PAR LA FERRISCORBONE SODIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 31 mai 1944

PAR

Geneviève-Andrée MÉNIER

Diplômée d'Hygiène

Née à LA ROCHELLE (Charente-Maritime), le 11 avril 1918

Examinateurs de la Thèse

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président*

BONNIN, professeur .....

DUBARRY, agrégé ..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1944

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536514_0018

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1943-1944. — N° 30

TRAITEMENT DE 24 CAS D'ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX REBELLES PAR LA FERRISCORBONE SODIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 31 mai 1944

PAR

Geneviève-Andrée MÉNIER

Diplômée d'Hygiène

Née à LA ROCHELLE (Charente-Maritime), le 11 avril 1918

Examinateurs de la Thèse

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président*

BONNIN, professeur .....

DUBARRY, agrégé ..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1944

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, G. SIGALAS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Pathologie et thérapeutique gén.	CARLES.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Physique méd. et pharmaceutique.	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène	LEURET.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Pharmacie	VITTE	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	N.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	N.	Physique médicale	N...
id	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	N.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	N...	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Accouchements	MAHON.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Cryptogamie	GIRARD.
Médecine légale	N.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	N...	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	N...
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	TAYEAU.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK

A LA MEMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET AMIES

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE BORDEAUX

A Monsieur le Professeur agrégé J. DUBARRY

Médecin des Hôpitaux.

Qui nous a inspiré ce travail, nous en a fourni toutes les observations, et nous a guidée de ses conseils.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé MAGENDIE

Chirurgien des Hôpitaux.

A Monsieur le Professeur H. BONNIN

Professeur de Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DUPÉRIÉ

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profonde gratitude.

TRAITEMENT DE 24 CAS

D'ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX REBELLES

PAR LA FERRISCORBONE SODIQUE

INTRODUCTION

Le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux garde un caractère symptomatique et empirique, malgré la multiplicité des travaux expérimentaux et des observations cliniques qui s'y rapportent, car l'étiologie et le mécanisme pathogénique de cette affection demeurent encore obscurs. Les résultats thérapeutiques sont difficiles à interpréter, l'ulcère gastro-duodénal ayant une longue évolution, un caractère périodique avec des phases de rémission spontanée des douleurs pouvant durer des mois et même des années. Cette guérison clinique apparente s'accompagne de modifications des signes radiologiques, pouvant aller même jusqu'à leur disparition totale. Ces longues phases de « mise en sommeil » font que l'on attribue souvent à des manœuvres thérapeutiques un résultat favorable et prolongé, uniquement dû à la nature du mal.

Mais à côté de ces cas, il existe des ulcères pour lesquels les traitements médicaux anti-ulcéreux habituels ne semblent pas apporter d'amélioration. Ce sont surtout de vieux ulcus invétérés, devenus calleux, dont les signes chroniques continuent à se manifester quelle que soit la thérapeutique, ou bien

qui ne présentent de périodes de rémission que pendant les périodes de traitement. C'est à propos de ces ulcères tenaces que se pose notamment l'indication de l'intervention chirurgicale.

Quelles étaient, en effet, les médications préconisées jusqu'à ces dernières années ?

Le traitement classique comprend :

— les antispasmodiques : la belladone et son alcaloïde l'atropine, la jusquiame, le bromure;
— les antialgiques : opium, cocaïne, antipyrine, etc.;
— les alcalins : bicarbonate de soude, carbonate de chaux, carbonate de magnésie, etc.;
— les pansements par poudres inertes : les sels de bismuth, le kaolin, le baryum, le talc, le charbon, l'oxyde de titane, l'oxyde de zirconium;
— la mucine gastrique.

De récentes recherches ont porté sur l'efficacité :

— des extraits opothérapiques, tels que les extraits parathyroïdiens, pancréatiques, hypophysaires, spléniques, surrénaux, la pepsine, la folliculine;
— d'un acide aminé : l'histidine et son dérivé l'histamine.

M. le Professeur agrégé Dubarry a contribué à établir la posologie de cette médication avec son élève Frapin : histamine au dixième de milligramme, en injections sous-cutanées ou intradermiques.

En outre, il est nécessaire de soumettre le malade à un régime plus ou moins large, selon les cas, en supprimant les mets irritants de son alimentation. L'expression la plus logique de cette conception diététique est l'alimentation à la sonde pour les ulcères gastriques, à l'exception des ulcères duodénaux : méthode de Einhorn-Damade, qui réalise l'exclusion médicale de l'estomac.

Enfin, le repos au lit a une action sédative fréquente sur l'élément douleur.

Quels sont les résultats obtenus ?

Le traitement local, qui comprend le bismuth, les alcalins, la belladone, les analgésiques opiacés, très important pour soulager le patient, n'est qu'accessoire. Il calme avant tout; son action sur la poussée ulcéreuse elle-même est contestable. Il s'administre au moment du retour de la crise douloureuse.

La plupart des médications indiquées ont donné des résultats appréciables non seulement sur l'évolution de la poussée ulcéreuse, mais sur l'évolution de la maladie ulcéreuse elle-même. Mais elles ne sauraient prétendre à sa guérison définitive, et se sont montrées le plus souvent inefficaces en présence d'ulcères anciens devenus calleux qui, jusqu'à maintenant, étaient l'apanage exclusif de la chirurgie.

Nous étions en droit d'essayer un traitement de plus, justement pour ces cas d'ulcères chroniques qui ne paraissaient relever que de la chirurgie. M. le Professeur agrégé Dubarry a obtenu des résultats intéressants avec la ferriscorbone sodique.

Nous présentons les premières observations personnelles qu'il a bien voulu nous communiquer et nous permettre de publier. La discussion de ces résultats compose la majeure partie de notre travail. Nous n'avons pas un recul permettant d'avoir une opinion définitive, mais nous nous croyons autorisé à avoir une première opinion assez valable, d'autant plus que nous étayons nos conclusions sur 24 observations.

M. le Professeur agrégé Dubarry a fait connaître les premiers résultats de ce traitement à MM. Arloing, Morel et Josserand, de Lyon, qui ont mis au point la ferriscorbone comme thérapeutique médicale des cancers.

Depuis, ces auteurs ont également essayé cette médication dans plusieurs cas d'ulcères gastriques anciens, avec des résultats comparables aux nôtres, qui firent l'objet de communications simultanées à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon pour les auteurs lyonnais, et à la Société de gastro-entérologie de Paris pour le Docteur Dubarry.

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS GENERALES SUR LES FERRISCORBONES

1° Etude chimique.

Dès 1929, MM. les Professeurs F. Arloing, A. Morel et A. Josserand, de Lyon, observent le rôle frénateur des extraits de surrénales sur l'évolution des cancers greffés de la souris blanche.

Un peu plus tard, ils notent l'action antitumorale beaucoup plus nette des protéines surrénaliennes précipitées par le perchlorure de fer. Ils se demandent alors si cette action des précipités surrénaliens n'est pas due, en réalité, à la présence, sous forme de combinaisons complexes, de l'acide ascorbique qui y est normalement contenu; et c'est ainsi qu'ils arrivent à la création de complexes indubitablement frénateurs du processus cancéreux, complexes dérivés de l'acide ascorbique déshydrogéné et comportant du fer associé à d'autres métaux, complexes stables et dépourvus de toute toxicité, qu'ils dénomment ferriscorbones.

Il s'agit là d'un dérivé ferrique de l'acide ascorbique (dérivé de l'acide déshydrascorbique ou dicétogulonique) en combinaison sodique.

En partant de l'acide oxytétronique déshydrogéné, corps voisin de l'acide ascorbique, mais dépourvu de pouvoir vitaminique, furent obtenus des complexes ferrico-sodiques de propriétés analogues vis-à-vis du cancer à celles des dérivés de l'acide déshydro-ascorbique lui-même.

L'étude des ferriscorbones montra ensuite que, malgré l'adjonction de fer ferrique, une évolution se poursuivait au sein du corps organique, en faisant apparaître de nouvelles substances réductrices qui manifestaient leur présence par la transformation partielle du fer ferrique en fer ferreux.

La majeure partie de ces substances réductrices fut ensuite corrigée par oxydation à l'eau de chlore.

Les auteurs lyonnais étaient donc arrivés à cette notion que les ferriscorbones, résultant de la transformation d'un corps réducteur en corps oxydé, puis combiné au fer ferrique, agissaient en tant que substance oxydante et d'autant mieux que des corps réducteurs nouveaux ne prenaient pas ultérieurement naissance dans le complexe.

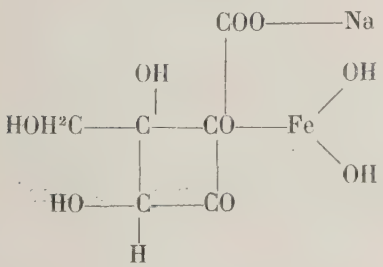
Ces corps n'agissaient pas parce que provenant d'une source réductrice, mais, au contraire, malgré une telle origine.

Il devenait, dès lors, logique de rechercher quel pouvait être l'effet de complexes ferrico-sodiques de structure analogue, mais dont le support, non seulement ne permettrait pas une transformation réductrice éventuelle, mais encore, si possible, pourrait par lui-même jouir de propriétés oxydantes.

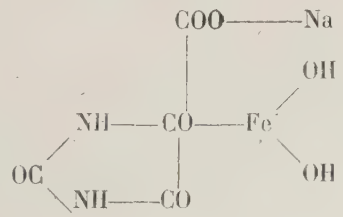
C'est pour cette raison que l'on songea à employer comme corps organique l'acide alloxanique en combinaison sodique; en effet, cet acide est issu de l'alloxane dont on connaît le pouvoir oxydant très énergique sur les amino-acides, et, d'autre part, le côté de sa molécule qui va se combiner au fer paraît avoir une structure analogue à la partie correspondante de l'acide dicétogulonique.

Pour plus de concision le nom de « ferrioxones » fut donné à ces complexes issus de la combinaison du fer ferrique avec l'alloxanate de sodium. Mais pour ne pas trop dérouter les médecins habitués à l'appellation de ferriscorbones, les auteurs lyonnais ont composé le nom de « oxyferriscorbone ».

Complexe ferrique de l'acide dicétogulonique en combinaison sodique. « Ferriscorbone ».



Complexe ferrique de l'acide alloxanique en combinaison sodique. « Ferrioxone ».



Ces complexes se dissolvent assez rapidement dans l'eau distillée, le sérum physiologique, le sérum glucosé isotonique. Ce dernier se prête admirablement à la conservation du corps, et il était choisi comme excipient adapté aux injections médicamenteuses, intraveineuses en particulier, jusqu'à ces derniers temps.

Actuellement, un autre solvant est employé : il s'agit d'une solution d'uréthane à 3 p. 100, substance non douée de propriétés réductrices vis-à-vis du complexe, que possédait la solution glucosée. Ainsi, l'activité oxydante est à son maximum actuellement.

2° Etude biologique.

Pour les auteurs lyonnais, les ferriscorbones ont une action oxydante. Par des dosages comparatifs, ils ont établi que le sucre protéidique du sang, de taux élevé chez les cancéreux, baisse à la suite de l'emploi des ferriscorbones, comme après celui des ferrioxones.

Ils ont noté l'effet remarquable de cette chimiothérapie sur les phénomènes pseudo-infectieux et sur les œdèmes à la périphérie des néoplasmes.

Cependant, ils n'excluent pas la probabilité d'une action directe sur les éléments fragiles du tissu cancéreux propre.

In vivo, ce sont ces mêmes substances qui, parmi toutes celles qu'ils ont préparées et essayées, présentent l'activité la plus nette dans le sens de l'assèchement des œdèmes péritumoraux et de la désinfiltration de la tumeur elle-même, c'est-à-dire dans le sens de l'inhibition de la protéolyse génératrice de ces œdèmes.

Ces auteurs ont pu observer, en effet, des réductions de volume d'une tumeur, nettement plus marquées que ne l'aurait comporté la disparition d'un seul élément inflammatoire péritumoral. De plus, avec les ferrioxones, on assiste à un phénomène nouveau : la tendance manifeste à la cicatrisation en surface des ulcérations néoplasiques avec toutes les consé-

quences que cela comporte (arrêt des hémorragies, disparition de la fétidité et de la salivation, diminution des algies). L'action sur les phénomènes périnéoplasiques permet d'obtenir une détersion plus ou moins accentuée des ulcérations cancéreuses, une diminution considérable des phénomènes inflammatoires, et une rétrocession des infiltrations périnéoplasiques. Il en résulte une sédation marquée des algies de compression par les noyaux cancéreux, ou des douleurs de distension que ces œdèmes provoquent dans de très nombreux cas.

Parallèlement, l'état général des malades, moins infectés, moins fébriles, moins algiques, se relève. Ils reprennent de l'appétit, du poids et leur anémie peut diminuer légèrement.

3° Conduite du traitement.

Le produit. — La ferriscorbone sodique est une poudre bistre présentée en ampoules à atmosphère d'azote, contenant 2 centigrammes de complexe en suspension dans 1/2 cm³ d'excipient (alcool absolu).

Ces ampoules doivent être conservées soigneusement à l'abri de la chaleur et de la lumière, enveloppées dans une gaine de papier noir et, si possible, en glacière.

Le produit n'est pas spécialisé et, seul, le Laboratoire de chimie biologique de la Faculté de médecine de Lyon est à même de le préparer.

Technique des injections. — On procède à l'injection intraveineuse d'une solution préparée extemporanément d'une ampoule de ferriscorbone, ou actuellement de ferrioxone, dans un solvant approprié.

Au début, le solvant employé était le sérum physiologique à 7 p. 1.000, puis les auteurs lyonnais employèrent le sérum glucosé isotonique à 50 p. 1.000.

Actuellement, une solution d'uréthane à 3 p. 100 est le vecteur employé (dont on emploie 1 à 2 cm³).

Le traitement. — Tel que nous l'avons utilisé pour les ulcères, il consiste en séries de 15 injections intraveineuses poussées très lentement, injections quotidiennes à doses croissantes pour les trois premières, faites à jour passé pour les suivantes, à dose entière.

Pour les cancers, suivant les directives des auteurs lyonnais, nous faisons des séries d'au moins 20 injections.

Actuellement, les difficultés extrêmes que nécessite la préparation de ce produit expliquent la parcimonie avec laquelle on est obligé de faire les injections.

Nos séries de « consolidation » sont de 10 injections, toujours par souci d'économie, l'intervalle entre deux séries ayant varié d'un malade à l'autre.

Il y a intérêt à opérer sur le malade couché et à jeun pour la première injection; une alimentation légère peut être prise une heure environ avant les injections suivantes. Mais on continuera à n'injecter les malades qu'en position couchée.

Tous nos malades n'ont pas été traités avec le même produit : tantôt les ferriscorbones furent employés avec le sérum physiologique comme solvant, tantôt les ferrioxones, soit en solution glucosée isotonique, soit dernièrement avec la solution d'uréthane à 3 p. 100.

4° Résultats dans les cancers digestifs.

A la suite des auteurs lyonnais, M. le Professeur agrégé Dubarry, à la fin de 1938, a essayé les ferriscorbones chez des malades cancéreux et obtenu des résultats tout à fait comparables qui ont fait l'objet d'une communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 23 mai 1941, de la thèse de Conte, Bordeaux, 1942, et d'un mémoire plus récent de la *Gazette médicale de France*, en juin 1943.

M. le Professeur agrégé Dubarry et Conte estiment que les

signes fonctionnels et l'état général sont le plus favorablement influencés; il y a :

— atténuation et souvent disparition des douleurs;
— espacement, puis cessation des vomissements;
— amélioration de l'appétit, parfois disparition de l'anorexie élective;
— reprise du poids;
— diminution de l'asthénie;
— sensation de mieux-être.

Ils signalent la possibilité de la diminution de volume de la tumeur, tant à l'examen radiologique qu'à la laparotomie,

M. le Professeur agrégé Dubarry s'est demandé ensuite si l'on ne pouvait pas obtenir un résultat analogue dans les ulcères calleux à la suite d'une amélioration obtenue par le traitement d'un de ses malades pour lequel il avait tout d'abord porté le diagnostic d'ulcère cancérisé; l'évolution ultérieure des troubles s'avéra être de nature ulcéreuse. La lésion, devenue énorme, calleuse, perdit son caractère chronique pour redevenir une maladie périodique, réagissant à nouveau au traitement médical par la ferriscorbone.

CHAPITRE II

RESULTATS CLINIQUES

NOS OBSERVATIONS PERSONNELLES

Voici d'ailleurs cette observation, déjà présentée à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (23 mai 1941), à la Société de gastro-entérologie (5 juillet 1943) et citée dans le *Mémoire des Archives des maladies de l'appareil digestif* (novembre-décembre 1943) par M. le Professeur agrégé Dubarry.

Observation I.

B..., résinier de 66 ans, présente une histoire ulcéreuse ancienne, datant de sept à huit ans, avec périodes douloureuses de huit jours à un mois et périodes de calme intercalaires n'excédant jamais un mois. Il nous est amené par son médecin (Dr Loubic, de Salles), le 9 février 1939. Depuis quelques mois, aux douleurs de caractère nettement ulcéreux et isolées ont succédé des douleurs plus vives et plus étalées, accompagnées de vomissements aqueux et quelquefois alimentaires; le malade a de l'inappétence, avec anorexie complète pour la viande; il a maigri en trois mois de 9 kilos et il a le dégoût du tabac.

A l'examen clinique, tension de l'épigastre. Rien à signaler par ailleurs en dehors d'une artério-sclérose marquée.

A l'examen radiologique : Grosse niche du versant postérieur de la petite courbure, dans sa portion verticale; niche tronconique irrégulière de 25 millimètres de haut; encoche permanente aux bords irréguliers, mais gardant une certaine souplesse à la pression, encoche déterminant avec la niche voisine une sténose médio-gastrique incomplète; au-dessous de la niche, aspect lacunaire.

Nous concluons à un gros ulcère dégénéré avec extension du néoplasme dans la région de l'angle de la petite courbure.

Devant l'importance apparente de la lésion, son siège haut, le terrain artério-scléreux, le mauvais état général, la réticence du malade à l'idée d'une opération, nous conseillons les ferriscorbones. Il reçoit 20 injections sans incident.

Vers la fin de ce traitement, un nouvel examen radiologique (Dr Lachapèle) montre une modification des images gastriques. La biloculation a régressé en partie, la niche persiste, identique; l'aspect lacunaire a disparu, mais le radiologiste souligne le manque de souplesse de la portion de la petite courbure sous-jacente à la niche.

Pendant les trois semaines du traitement, les malaises s'atténuent progressivement, l'appétit revient, et le malade reprend 2 kg. 500 et rentre chez lui transformé. Au bout d'un mois, il reprend son travail, se remet à fumer. Il a encore de temps en temps quelques douleurs épigastriques et quelques vomissements.

En juin 1939, il souffre à nouveau fortement. Puis, au bout de quelques jours, les douleurs cessent, l'appétit, momentanément disparu, revient, l'état général s'améliore.

En septembre 1939 reparaît une période douloureuse de quelques jours, qui ne l'empêche pas, du fait de la guerre, de faire des travaux très pénibles. Tout l'hiver de 1939-1940 se passe bien.

En avril 1940, nouvelle poussée douloureuse qui dure un mois. Jusqu'en mars 1941, il ne souffre plus. S'il fait des écarts de régime, il ressent cependant quelques douleurs épigastriques et il a même quelques vomissements.

Au palper, son médecin traitant note encore un peu d'empâtement épigastrique. Le malade, se trouvant mieux qu'il ne s'était porté depuis de longues années, n'a jamais voulu revenir à Bordeaux se soumettre à de nouveaux examens radiologiques.

Depuis deux ans nous n'avons pas pu en avoir de nouvelles directes, et nous venons d'apprendre qu'il souffre de nouveau assez fortement de l'estomac.

Les neuf premiers cas qui concernaient uniquement des ulcères calleux et des ulcères géants de la petite courbure,

furent autant de succès et ont fait l'objet de la communication de la Société de gastro-entérologie de juillet 1943. Devant ces résultats heureux, nous avons cherché à étendre les indications de ce traitement, et avec des résultats beaucoup plus inconstants, nous l'avons essayé dans :

— des cas de sténose ulcéreuse pylorique incomplète chronique;
— de gastro-duodénite;
— enfin un cas d'ulcère peptique.

Ulcères calleux.

Selon Gutmann, Cruveilhier, en voulant donner la définition de l'ulcère simple de l'estomac, nous fournit en réalité une description de l'ulcus gastrique calleux. Ainsi s'expliquent les signes qu'il nous indique : « Défaut absolu d'appétit ou appétit bizarre, tristesse insurmontable, digestion laborieuse, malaise ou douleur sourde à l'épigastre et, quelquefois, douleur épigastrique extrêmement vive pendant le travail de la digestion ou même en l'absence de tout aliment dans l'estomac. La douleur épigastrique, ou plutôt xyphoïdienne, ou sous-sternale, se répète quelquefois dans le point correspondant de la colonne vertébrale et j'ai vu plusieurs malades se plaindre davantage du point rachidien que du point épigastrique. L'amaigrissement plus ou moins rapide, la constipation, les nausées, les vomissements après l'ingestion des aliments, enfin l'hématémèse ou le vomissement noir, voilà l'ensemble des symptômes que présentent les individus affectés d'ulcère simple de l'estomac. »

Nous distinguerons les ulcères calleux de la petite courbure et les ulcères calleux duodénaux.

Ulcères calleux de la petite courbure.

Très fréquents à ce niveau (un tiers des cas pour Gosset), ils se caractérisent par la succession à un syndrome douloureux périodique classique de douleurs continues dans l'année avec paroxysmes après les repas, plus précoces, survenant

une heure environ après ceux-ci. Elles deviennent aussi plus violentes à irradiations plus lointaines dans des régions nouvelles jusque-là respectées. Elles n'ont ni périodicité, ni horaire précis.

L'intolérance gastrique se montre chaque jour de plus en plus grande, l'appétit diminue et la fréquence des vomissements s'accroît; ce sont surtout des vomissements de stase par spasme pylorique surajouté, ou par névrite.

Les signes généraux consistent en anémie, en amaigrissement, qui s'accentue de plus en plus. Des poussées de fièvre peuvent survenir par infection chronique surajoutée; on peut noter aussi de la déficience hépatique et pancréatique. Il peut y avoir, de plus, de fréquentes et persistantes hémorragies du tube digestif.

Le malade présente un aspect cachectique pseudo-cancéreux.

Comme signes physiques, on trouve une douleur épigastrique moins circonscrite, un empâtement profond dû à la périviscérite, et une contracture du grand droit gauche particulièrement.

Au point de vue radiologique, l'ulcère ancien a déjà altéré plus ou moins les différentes couches de la paroi gastrique et peut l'avoir déformée. L'image caractéristique est la niche, avec ou sans encoche, incisure, rectitude segmentaire, déformation gastrique.

L'ulcère calleux ayant gagné en profondeur, la niche revêt un aspect conique, en entonnoir, parfois ovalaire ou en calotte. Elle s'extériorise au-delà de la paroi gastrique et fait saillie en dehors de l'estomac; on la repère toujours sur les clichés pris de face ou avec une certaine obliquité. Elle se remplit dès que la baryte arrive à son niveau. Le baryum, ainsi entré dans sa cavité, y persiste même un certain temps, alors que son niveau s'est abaissé dans la poche gastrique au-dessous d'elle.

Lorsque l'ulcus a nettement traversé toute la paroi gastrique, la niche revêt un aspect pseudo-diverticulaire, créant

ainsi le diverticule ulcéreux. Comme pour tout diverticule, dès que la substance opaque arrive à son niveau, elle le pénètre et le remplit pendant que le gros de la masse opaque descend dans le bas-fond gastrique. C'est alors une tache ovale ou plus ou moins arrondie qui est extériorisée de l'estomac. Elle est reliée à lui par une portion pédiculée de calibre et de longueur variables; son implantation est parfois même sessile.

Un pas de plus et la niche va créer à côté de l'estomac un petit estomac en miniature. La partie supérieure d'une telle niche extériorisée est formée par une petite bulle d'air transparente. La partie inférieure opaque représente le baryum contenu dans sa cavité. C'est l'aspect bien connu de la niche de Haudeck.

Au dernier stade, l'ulcère pénètre par érosion dans un organe voisin, surtout dans le foie ou le pancréas, très rarement la rate. La niche intra-hépatique est mobile avec la respiration, la niche intra-pancréatique est moins mobile.

La niche ulcéreuse atteint toujours son maximum de développement au cours des poussées évolutives, mais les gros ulcères calleux se retrouvent toujours sur les clichés. Ils présentent seulement un volume moindre en périodes de calme, mais cependant suffisant pour être repérés radioscopiquement.

Plus l'élément scléreux remplace l'élément inflammatoire et œdémateux, plus l'image tend à être stable (1).

Bien souvent tout cet ensemble de signes peut faire émettre un doute sur la nature ulcéreuse de la lésion, et l'on est tenté de craindre une dégénérescence maligne de l'ulcus, à moins qu'il ne s'agisse d'un cancer ulcériforme.

D'après Gutmann, il faut juger tout différemment selon qu'il s'agit de la portion verticale de la petite courbure ou de sa portion horizontale.

Portion verticale. — Les ulcères authentiques ne devien-

(1) C'est nous qui soulignons ce passage dans le texte.

nent pratiquement pas cancéreux; si l'on est sûr de par l'histoire clinique corroborée par l'image radiologique que la lésion est de nature ulcéreuse, on doit à priori admettre qu'elle restera toujours bénigne et on a tout le temps pour essayer de prolonger les traitements médicaux, sous contrôle radiologique éventuel.

Il existe pourtant des cas où la niche, activement traitée, diminue progressivement, puis, arrivée à une certaine taille, s'arrête dans son évolution dégressive et persiste. Gutmann n'en conclut pas que l'opération soit indispensable. Pour lui, cette diminution, même arrêtée en route, est la marque de l'ulcère, d'autant plus que nous sommes dans une région où l'ulcère ne se transforme pratiquement pas.

Lorsque, avec cette niche encore visible, mais nettement diminuée, donc bénigne, le malade ne souffre plus, on peut le considérer comme guéri avec possibilité, bien entendu, de récidives.

Il reste à envisager l'hypothèse de ce que Gutmann appelle le cancer ulcériforme. Cliniquement, celui-ci peut ressembler à un ulcère évoluant depuis un temps limité, avec des douleurs tardives calmées par les aliments ou par des poudres.

Radiologiquement aussi il se traduit par une niche; elle peut être banale ou en plateau, encastrée dans une lacune; elle peut être grande ou petite, bien que les niches géantes soient exceptionnellement la marque d'un cancer relativement jeune.

Mais un moyen assez simple guide la conduite du médecin : l'image de niche du cancer ulcériforme, même traité activement, ne régresse pas; elle persiste et augmente peu à peu, sauf dans une observation récente d'Hillemand.

Si donc, après un traitement actif d'un mois et demi à deux mois, les images radiologiques n'ont pas varié, le doute doit commencer à naître. Si elles ont progressé, il faut faire une gastrectomie.

Mais Gutmann ajoute que, sur cette région, l'ulcère est bien plus fréquent que le cancer ulcériforme.

Portion horizontale. — C'est la portion de la petite courbure comprise entre l'angle de l'estomac et le pylore inclus. L'ulcère s'y transforme souvent et le cancer ulcériforme y est fréquent.

Si le malade a une vieille histoire ulcéreuse, il faut exiger absolument la disparition complète ou quasi complète de la niche. Si elle persiste, même diminuée, si même d'irrégulière elle devient plus régulière, la lésion n'en est pas moins là, et elle peut se transformer, même après des années de silence. Le malade n'est pas guéri tant que sa petite courbure n'est pas redevenue normale. Mais le gros danger de la portion horizontale est le cancer ulcériforme : il s'agit en général de sujets qui commencent à souffrir nettement, comme des ulcéreux, de crampes tardives, calmées par les aliments; ces crampes se répètent chaque jour et ne cèdent en général que peu et temporairement aux traitements; la mine et l'appétit restent bons. Quatre ou six mois se passent, mais aucun résultat n'a été obtenu. C'est le laps de temps habituellement nécessaire pour que le médecin se dise qu'il ne s'agit peut-être pas d'un ulcère banal.

Il existe même des formes à rémissions qui simulent encore plus l'ulcère, puisque les douleurs peuvent disparaître spontanément ou thérapeutiquement pendant des semaines et recommencer.

En réalité, dès qu'un malade souffre en ulcéreux, il faut le radiographier; dès qu'on constate, sur cette zone dangereuse, une niche, il faut la traiter. Mais si l'image persiste sans changement, Gutmann conseille d'opérer.

La taille de la lésion ne doit pas intervenir dans le jugement.

Quant à l'argument de la jeunesse du malade, il n'entre pas en ligne de compte, et Gutmann a fait faire des gastrectomies pour cancers vérifiés chez des sujets de 25 à 30 ans.

Même lorsque sous l'influence des traitements le malade cesse de souffrir, engraisse et retrouve un appétit excellent, il ne faut pas négliger de pratiquer des contrôles radiologi-

ques; car, pendant ce temps, la lésion, si elle est néoplasique, augmente sournoisement.

Cette progressivité de l'image radiologique, alors que tous les troubles ont cessé, constitue un ensemble qui doit faire poser avec certitude le diagnostic de cancer.

Nous nous sommes permis de rapporter longuement le texte emprunté à Gutmann (*Les niches de la petite courbure. Médecine ou chirurgie ?*, Gutmann, 1939). Nous voyons qu'il englobe dans les ulcères calleux tous les cas évoluant sans périodicité et traduits radiologiquement par l'existence d'une grosse niche profonde, qu'il s'agisse d'ulcères calleux secondaires, consécutifs à une histoire ulcéreuse tout d'abord périodique, ou d'ulcères d'emblée calleux et déterminant assez rapidement une niche volumineuse, géante.

Alors que les premiers font discuter le diagnostic d'ulcère cancérisé, les seconds peuvent être confondus avec des cancers ulcériformes. C'est, comme y insiste Gutmann, la localisation de la lésion sur la portion verticale de la petite courbure, qui est le meilleur argument en faveur de l'ulcère; alors que, lorsque des lésions semblables siègent entre l'angle de la petite courbure et le pylore, il faut avant tout redouter le cancer.

On conçoit que la conduite à tenir soit différente selon la localisation. M. le Professeur agrégé Dubarry est systématiquement interventionniste pour les premiers, mais beaucoup plus temporisateur pour les seconds.

Pour notre part, nous avons divisé en trois groupes de faits les observations répondant aux ulcères calleux selon la description de Gutmann; nous avons considéré tout d'abord les résultats obtenus par les ferriscorbones dans de vieux ulcères devenus calleux, et, dans un autre chapitre, nous avons étudié ce traitement dans des ulcères calleux d'emblée, ulcères à niches géantes. Soulignons que, pour tous nos cas, il s'agit de lésions de la portion verticale de la petite courbure, estimant que, dans la crainte du cancer, il valait mieux faire opérer les lésions de la portion horizontale.

Enfin, une troisième catégorie de faits englobe les ulcères calleux du duodénum avec, dans certains cas, sténose pylorique incomplète chronique.

Maintenant, voici la liste de nos observations l'ulcères calleux, aboutissants d'une longue évolution ulcéreuse simple.

Observation II.

(Présentée résumée à la Soc. de gastro-entérologie de Paris, 5, VII, 1943.)

Jouv..., 69 ans. Histoire de périodes douloureuses remontant à trente ans. Mais, depuis un an, le malade, suivi par un autre gastro-entérologue, souffrait de plus en plus intensément, sans rémissions dans l'année, et constamment dans la journée dans les derniers temps. Amaigrissement de 17 kilos.

A notre premier examen, en 1942, malade marchant avec peine, plié en deux, dans un état cachectique; l'examen local est négatif. Tous les traitements anti-ulcéreux classiques avaient été essayés sans succès par le confrère, qui, dans les derniers temps, avait dû lui donner des opiacés et quelques injections de diocamphine. Radiologiquement, grosse niche irrégulière (20 mm. × 10 mm.) de la petite courbure, avec parois « vermoulues » tout autour, encoche permanente en regard sur la grande courbure, et, à son niveau, gêne apparente du transit du côlon descendant. Nous avons l'impression d'un ulcère dégénéré.

Devant le très mauvais état général, nous n'osons conseiller l'intervention. Le malade reçoit une série de 19 injections de ferriscorbone du 24 juillet au 4 septembre 1942, parfaitement supportées. Le 9 septembre, il y a déjà une nette amélioration : gain de 2 kilos. L'appétit revient, les forces aussi; les douleurs sont redevenues intermittentes dans la journée, et il n'y a plus qu'une seule crise dans la soirée; la douleur est située dans l'hypocondre gauche, accompagnée de coliques de gaz. Mais le malade dort mal du fait d'un asthme ancien et d'un énervement constant.

Radiologiquement, sur l'emplacement de l'ancienne niche, existe

un aspect irrégulier difficile à préciser, indiquant en tout cas une nette régression de la lésion, sinon sa disparition complète; de même, amélioration du transit colique.

Même aspect à un récent examen en mars 1943, le malade ayant eu, en octobre 1942, 10 nouvelles injections de ferriscorbone qui ont amené la disparition de toute douleur. Depuis octobre, il a un gros appétit, il a prit 3 kg. 500 et a recouvré une certaine activité physique; son seul trouble est une constipation rebelle. Il serait très bien s'il n'avait des crises d'asthme nécessitant du sérum de Heckel. Mais des crises douloureuses reprennent, quotidiennes, intermittentes. Nous refaisons une nouvelle série de 10 injections de ferriscorbone qui n'ont que légèrement atténué les douleurs (avril 1943). Le malade est revu en mai 1944. Il est amaigri et fatigué à la fois par son asthme, des rhumatismes chroniques qui le maintiennent alité et ses troubles gastriques. Il suit un régime; il a bon appétit, mais continue à souffrir par périodes de plus d'un mois, coupées de rémissions de quatre à cinq jours. Il a une crise vers minuit de douleurs en ceinture qui dure jusqu'à 2 heures du matin.

Observation III (Inédite).

Mme Jol..., 70 ans. A traîné toute sa vie des troubles dyspeptiques irréguliers au milieu desquels, en 1940, pour la première fois, se détache une période d'un mois de douleurs tardives. Echec de divers traitements anti-ulcéreux (histamine notamment), puis sédation spontanée des troubles.

Nouvelle période en juin 1942, mais intensément douloureuse, avec vomissements, anorexie, amaigrissement (poids, 39 kilos).

A l'examen, tension de tout l'épigastre.

Radiologiquement, grosse niche à contours irréguliers (2 cm. × 1 cm.), légèrement encastrée, du tiers inférieur de la petite courbure, qui n'est pas rétractée. Encoche constante sur la grande courbure.

Nouvel échec des traitements anti-ulcéreux. La malade doit prendre du sirop de morphine. Le diagnostic d'ulcère cancérisé est envisagé. Série de 10 injections de ferriscorbone. Dès la troisième

injection, au vingt-quatrième jour de la pousée, disparition de tous les troubles, qui persiste, absolue, depuis dix mois; reprise du poids : 5 kilos en vingt-cinq jours.

Des clichés de contrôle deux mois après montrent la disparition de toute image anormale.

Une nouvelle série de 15 ampoules de ferriscorbone est instituée en raison d'une reprise des douleurs survenues dans le courant du mois de mai 1943. Une radiographie montre la persistance d'un ulcère de 1 centimètre de profondeur sur 1 centimètre de largeur au niveau du tiers inférieur de la petite courbure. Les piqûres amènent une amélioration progressive et la disparition de tous les troubles.

Un traitement de « consolidation » de 10 ampoules de ferriscorbone, bien supporté, se termine le 12 août. La malade ne souffre plus de l'estomac. Radiologiquement, il persiste une niche insignifiante difficile à voir.

Observation IV.

(Présentée à la Société de gastro-entérologie.)

Du..., 56 ans, terrassier. Gros éthylique continuant à boire, présente depuis 1930 une histoire ulcéreuse assez nette qui ne subit aucune amélioration à la suite d'une gastro-entérostomie, faite en

Fig. 1.

1931. La niche volumineuse est assez haut située sur la petite courbure.

Depuis octobre 1942, les crises, particulièrement violentes, nécessitent son admission dans le service de M. le Professeur Dupérié. Echec du traitement anti-ulcéreux habituel. Fin décembre, on commence une série de 20 injections de ferriscorbone qui amène, au bout d'une dizaine de jours, la diminution, puis la quasi-disparition des douleurs et un gain de poids de 7 kilos en un mois et demi. En mai 1943, le malade souffre de nouveau, mais moins qu'avant, depuis qu'il a repris son métier de terrassier; il paraît fortement imprégné d'alcool.

Observation V (Inédite).

L..., 77 ans. A souffert depuis quarante ans, par périodes, de douleurs quotidiennes typiques d'ulcère, se produisant une à quatre fois dans l'année. Le malade est toutefois resté sans crise de 1941 à 1943.

En octobre 1943, les douleurs reprennent, beaucoup plus violentes : le malade ne peut rien avaler. L'épigastre est tendu et sensible dans l'ensemble. Une radiographie montre un ulcère sous-cardiaque de la petite courbure (versant postérieur) avec un certain degré d'enroulement de l'estomac autour d'elle. L'algipan intradermique et une potion au kaolin et à la belladone, puis l'histadimilli ne donnent aucune amélioration. On essaie les ferriscorbones : 15 ampoules très bien supportées ont amené une amélioration à la dixième injection. Depuis, le malade s'alimente; il a élargi son régime. Il ressent encore une douleur xyphoïdienne lorsqu'il reste debout quatre ou cinq heures et sans manger. Il a encore quelques pituites peu importantes. Il présente de la constipation.

A l'examen, l'épigastre est moins tendu et beaucoup moins sensible qu'avant.

Radiologiquement, très nette diminution de la niche et de l'enroulement de l'estomac autour de la petite courbure, Si l'on n'avait pas la notion d'une niche vue précédemment, on pourrait la laisser passer inaperçue à l'examen.

M. le Professeur agrégé Dubarry fait faire un traitement de « consolidation de 15 ampoules de ferriscorbone » (avril 1944).

Les injections de ferriscorbone ont été bien supportées dans tous les cas, amenant une amélioration rapide de l'élément douleur chez des sujets qui souffraient chroniquement, ou qui étaient en pleines poussées douloureuses, comme dans l'observation III. En même temps s'est manifesté un gain de poids appréciable, la reprise de l'appétit et le relèvement de l'état général; certains de nos malades ont même pu reprendre les occupations ou le métier qu'ils avaient été obligés d'interrompre. L'un d'eux (obs. IV) avait subi une gastro-entérostomie qui ne l'avait pas amélioré. Chez lui, les traitements anti-ulcéreux habituels étaient restés aussi sans effet, de même que dans l'observation III et l'observation II. Au point de vue radiologique, on note plutôt une diminution qu'une disparition des images des niches, sauf pour l'observation III, où, malgré l'ancienneté de la lésion et le volume de la niche, il ne s'agissait peut-être pas d'un véritable ulcère calleux, puisque la malade ne souffrait que par périodes.

Nous reproduisons ici, *in extenso*, les deux observations de MM. Arloing, Morel et Josserand, de Lyon, présentées à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon (16 juin 1943), superposables aux nôtres.

G... (Prosper), 50 ans, entre au Centre anticancéreux le 20 octobre 1935. Il souffre depuis plusieurs années de digestions pénibles et depuis deux mois de crampes gastriques et de vomissements après les repas.

L'examen radioscopique indique une niche persistante sur la petite courbure, qui fait penser à un ulcus haut situé.

Une intervention exploratrice est pratiquée le 12 octobre 1936 (Dr Creyssel) : « On trouve sur la moitié supérieure de la petite courbure une très grosse lésion remontant à 4 centimètres du cardia, infiltrant le petit épiploon et s'étendant sur le versant antérieur de la petite courbure. On referme. »

A la suite de cette intervention exploratrice, le malade est traité pendant cinq mois par injections de ferriscorbone. On lui fait en tout 65 injections, par séries de 15 à 20, chaque série étant séparée de la suivante par un repos d'environ un mois.

On pouvait noter le 29 janvier 1936 que le malade mangeait bien, digérait mieux et avait engraissé de 8 kilos depuis le début du traitement. Il souffrait de temps en temps de la région gastrique avec propagation vers l'épaule gauche.

Le 25 mars 1936, le malade, qui ne souffrait plus depuis quelque temps, se remet à souffrir. On pense qu'il s'agit peut-être de troubles de compression dus à une récidive néoplasique; mais la gastroscopie (Dr Chevallier) faite à ce moment montre simplement, « à l'union de la petite courbure et de la face antérieure, une petite masse sous-muqueuse du volume d'une noisette avec ulcération de 1 cm. sur 0,5 cm., à fond grisâtre, à allure nécrotique. La muqueuse gastrique environnante paraît saine ».

Le 26 mars 1936, réintervention (Prof. Bérard) : « On trouve un estomac très inflammatoire, bloqué sous le foie, présentant une grosse masse à la partie moyenne de la petite courbure. Après libération de l'estomac, on pratique une gastrectomie large. »

L'examen histologique pratiqué montre qu'il s'agit d'un processus de gastrite chronique, caractérisé par un état hyperplasique de la muqueuse gastrique cylindrique et une infiltration interstitielle plasmocytaire. Le ganglion prélevé ne présente également que des lésions inflammatoires.

Les suites opératoires se passèrent sans incidents; le malade fut revu en bon état à plusieurs reprises et tout dernièrement encore, le 16 décembre 1942.

Voici la seconde observation des auteurs lyonnais :

Mme A... (Marie), 62 ans, entre à l'Antiquaille le 14 juillet 1942. Il s'agit d'une malade présentant un état général grave, une anémie très accentuée et de très grands œdèmes des membres inférieurs, remontant jusqu'à la paroi abdominale. Cette anémie est en relation avec un melæna qui dure depuis quelques jours. L'interrogatoire ne permet pas de retrouver d'antécédents digestifs notables;

en particulier, on ne retrouve pas de syndrome ulcéreux net. On apprend pourtant qu'une hématémèse se serait produite l'hiver dernier. La réaction de Weber est très positive dans les selles. Globules rouges, 1.550.000; globules blancs, 6.000.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles, 81;
Lymphocytes, 11;
Grands mononucléaires, 8.

Tension artérielle : Mx, 12; Mn, 8.

La malade aurait été, dit-elle, « hypertendue avant l'hémorragie actuelle ». Après quelques jours de thérapeutique antihémorragique, l'examen de la malade, pratiqué du point de vue clinique et radiologique, ne permet pas de percevoir de masse abdominale. Par contre, la radiographie gastrique permet de constater l'existence sur la partie moyenne de la petite courbure d'une niche très nette qui fait penser à un ulcère. Cependant, on n'élimine pas complètement l'hypothèse de cancer ulcériforme, en raison de l'absence de passé gastrique, des grands œdèmes et du très mauvais état général, qui préexistait, semble-t-il, au melæna actuellement constaté.

Des injections quotidiennes d'hépatrol sont alors pratiquées pendant vingt jours. Le taux des hématies remonte à 3.100.000, celui des globules blancs à 11.000; mais l'état général reste très mauvais, et surtout les grands œdèmes persistent sans aucune modification.

On pratique alors 20 injections quotidiennes de ferriscorbone sodique; dès la septième injection, les œdèmes diminuent de façon importante, et ils ont complètement disparu à la fin du traitement. A ce moment, l'état général s'est considérablement amélioré et la numération globulaire donne le chiffre de : globules rouges, 4.030.000; globules blancs, 5.000. La formule leucocytaire est :

Polynucléaires neutrophiles, 71;
Polynucléaires éosinophiles, 2;
Lymphocytes, 9;
Grands mononucléaires, 18.

La malade, hypertendue ancienne, a de nouveau retrouvé un chiffre tensionnel élevé : Mx, 21; Mn, 13.

En raison de la menace d'hémorragie nouvelle, on se décide à demander une intervention exploratrice et si possible une gastrectomie. Intervention le 20 octobre 1942 (Dr Ricard) : « On constate qu'il s'agit d'un ulcère ancien siégeant moins haut qu'on ne l'aurait cru, au niveau de la petite courbure et adhérant intimement au pancréas. En revanche, la partie supérieure de la petite courbure et surtout la région pyloro-duodénale sont libres, faciles à mobiliser. En raison des hémorragies de la malade et malgré le mauvais état général, on se décide pour une gastrectomie, qui est faite par le procédé de Kocher. »

Les suites opératoires sont bonnes, la malade revient le 3 novembre dans le service de médecine et part en convalescence le 20 novembre en excellent état.

Ces deux opérations paraissent instructives de plusieurs points de vue : dans les deux cas, l'état général s'est rapidement amélioré après les injections de ferriscorbone, et l'action de désinfiltration a été nette dans les deux cas. Dans la première observation, c'est l'action de désinfiltration locale péri-ulcéreuse qui a été utile, permettant l'exérèse ultérieure. Dans la seconde, cette action locale est probable, sans être démontrée, en l'absence d'une intervention exploratrice avant la gastrectomie. Quoi qu'il en soit, la rapide disparition des œdèmes a permis une intervention curative.

Ulcère calleux duodénal.

Lorsqu'un ulcère devient calleux au niveau du duodénum, il ne va pas déterminer habituellement une niche très volumineuse comme au niveau de l'estomac; mais il y a épaississement de la paroi bulbaire, tout entière fibreuse, doublée par une périviscérite importante. Parfois, le pylore reste perméable; plus souvent, il y a gêne plus ou moins considérable de l'évacuation gastrique, et la sténose pylorique incomplète est chronique, permanente, contribuant à déterminer des troubles continus dans l'année, avec, dans certains cas, des périodes douloureuses plus marquées, correspondant certainement à des poussées évolutives au niveau de cet ulcère chronique.

Le caractère de la douleur est variable. Elle est, en général, présentée comme un malaise, une crampe, une torsion, parfois assez forte pour obliger le malade à se plier en deux, à se coucher sur le ventre, le poing enfoncé dans l'épigastre, à s'accroupir (Ladevèze), à se mettre en position génu-pectorale (Monisset).

La douleur est épigastrique médiane ou droite, plus rarement basse, para-ombilicale droite, moins souvent franchement dans l'hypocondre droit. Les irradiations se font plutôt à droite et même peuvent descendre vers la fosse iliaque. Elles peuvent se faire en demi-ceinture, et même être ascendantes, dorsales, à la pointe de l'omoplate. Enfin, on peut voir une douleur transfixiante épigastrique droite basse, qui est rare, mais assez particulière à l'ulcère duodénal.

L'état général est plus ou moins rapidement atteint; les malades, en proie à des douleurs continuelles, exacerbées par les tentatives d'alimentation, refusent toute nourriture, ou mangent insuffisamment. Ils n'ont aucun repos et s'amaigrissent rapidement. Ils arrivent progressivement à un état de cachexie qui, joint quelquefois à l'anémie provoquée par des hémorragies intestinales répétées, peut faire soupçonner chez eux un cancer gastrique ou intestinal.

Classiquement, l'ulcère de la face antérieure du duodénum n'a pas tendance à devenir calleux, mais se complique plutôt d'hémorragies. C'est l'ulcère de la face postérieure qui, lui, s'accompagne plus volontiers d'une réaction calleuse, avec adhérences aux organes voisins, pancréas en particulier. Quelquefois il détermine des rétractions cicatricielles avec ou sans sténose.

Voici nos observations de cette catégorie d'ulcères calleux.

Observation VI (Inédite).

M. P..., 31 ans. Envoyé au Professeur agrégé Dubarry par son médecin traitant, le Docteur Daydrein, de Mont-de-Marsan.

Ce malade souffre depuis 1931, par périodes de plusieurs mois

séparées par des intervalles de santé parfaite, de pesanteurs épigastriques survenant une heure après les repas, durant deux heures environ et disparaissant spontanément.

Puis, se substituent peu à peu des brûlures et des crampes irrégulières, rythmées, à 11 heures, 17 heures et 19 heures, accompagnées de vomissements très acides, mais teintés de bile.

Depuis 1937, sur un fond de douleurs continues durant un à quatre jours, se greffent des paroxysmes douloureux. Le malade ne peut presque rien manger, il vomit aussitôt.

Depuis 1938, il est toujours en crise, latente ou aiguë. Un traitement de laristine et d'angioxyl n'amène pas un soulagement très net.

En juillet 1940, appendicectomie, suivie de quatre mois de bien-être.

Un examen radiologique avait montré en 1941 une gastrite hypertrophique et de la périduodénite.

Mais il y a reprise de troubles. Un traitement anti-ulcéreux amène une amélioration pendant un an environ. Puis les troubles reprennent comme avant. Un nouvel examen radiologique, en décembre 1941, montre un estomac hypertonique, hyperkinétique, à contours flous, avec grosse gastrite; le bulbe est irrégulier, sans image caractéristique d'ulcère duodénal. Il semble que ce soit plutôt une gastro-duodénite érosive.

Traitement : Hista-dimilli et potion au bismuth. Les troubles subissent encore une amélioration pendant une année.

Vers le milieu de décembre 1942, deux chocs émotionnels paraissent déclencher des périodes très douloureuses. L'hista-dimilli, qui l'avait soulagé au début, reste sans efficacité.

Le malade a une crise en mai 1943 qui dure quinze jours, nuit et jour. Des injections de paratyrone arrêtent les malaises dès la troisième injection.

Le 15 septembre, nouvelle période intensément douloureuse pendant une quinzaine. Echec du traitement par la paratyrone.

Atténuation progressive et spontanée des douleurs depuis le début d'octobre.

Radiologiquement, vésicule exclue après Foriod (méthode de

Sandström). Estomac hypertonique, hyperkinétique. Bulbe en « hallebarde » présentant une image d'ulcère typique.

On fait un traitement par la folliculine, n'osant pas, du fait d'une participation biliaire et de l'importance radiologique de la gastrite, conseiller une gastrectomie.

Mais le malade souffre toujours et, en février 1944, M. le Docteur Dubarry conseille les ferriscorbones avant d'envisager l'opération réclamée par le malade.

Dès la troisième injection, il y eut atténuation de ses douleurs. A la cinquième, il ne ressent plus qu'une légère douleur le matin, durant une demi-heure et cessant spontanément. Il peut manger alors des aliments qu'il ne tolérait pas auparavant. Il se sent reporté à sept ou huit ans en arrière, au début de sa maladie. Il avoue lui-même : le résultat est sensationnel. Cependant, n'ayant plus la patience de se soigner, il préfère recourir à une intervention chirurgicale qui a lieu le 11 mars 1944 : gastrectomie pour exclusion, par le Docteur G. Dubourg.

Le début du duodénum est fibreux, rétracté, pris dans une gangue de périviscérite intéressant la vésicule. On trouve une périduodénite occupant tout le carrefour sous-hépatique, deux cicatrices d'ulcère sur la face antérieure du bulbe, de l'hypervascularisation avec épaississement considérable des tuniques, enfin une brièveté anormale de la première portion duodénale d'origine inflammatoire.

Le libération de D_1 est difficile à cause des adhérences saignant à la moindre tension. Enfouissement laborieux, car l'épaisseur des tuniques s'oppose à l'invagination qui doit permettre l'enfouissement.

Le chirurgien fait une gastrectomie très large, Finsterer-Polya. Il y a, de plus, gastrite indiscutable sans périgastrite.

Vésicule blanchâtre sans lithiase.

Dans ce cas, il n'y avait pas de sténose. Les ferriscorbones ont amené un succès rapide; malheureusement, le malade, décidé à se faire opérer dès avant le traitement, n'a pas voulu attendre plus longtemps.

Observation VII.

(Publiée résumée à la Société de gastro-entérologie.)

Rob..., mécanicien, 34 ans. De 1932 à 1936, il souffre quotidiennement, sans périodes de répit, de douleurs tardives avec mauvais état général; amaigrissement de 26 kilos.

Radiologiquement, ulcère duodénal typique.

En 1936, laparotomie (Dr Lefèvre). Devant l'importance de la périviscérite sous-hépatique, l'exérèse de l'ulcère est impossible. Gastro-entérostomie avec exclusion du pylore et duodéno-jéjunostomie. Dès la reprise de l'alimentation, les douleurs reviennent exactement comme avant, et en 1939 survient une aggravation du fait de l'apparition de douleurs nouvelles, superposées aux premières, indépendantes d'elles, par périodes de deux à trois jours, à type biliaire, 10 à 15 fois par an. Enfin, migraines avec de grands vomissements alimentaires.

En octobre 1942, à l'examen, subictère, gros foie, Murphy positif.

Radiologiquement, pas de calculs biliaires visibles. La bouche de gastro-entérostomie fonctionne bien, mais la baryte passe également par le pylore et montre une niche ulcéreuse typique.

En somme, association à un syndrome chronique par ulcère duodénal calleux d'une dyspepsie hépato-biliaire. Divers traitements anti-ulcéreux ont été essayés sans succès : histamine, laristine, paratyrone, en plus des calmants et antispasmodiques habituels. Adjonction d'un traitement hépato-biliaire qui fait disparaître jusqu'à janvier 1943 les troubles biliaires. A ce moment, les ferriscorbones sont essayées : 15 injections, faites avant le départ du malade pour son travail. En fin de série, légère amélioration qui s'est progressivement accentuée, sans nouvelles injections de ferriscorbone jusqu'ici. Le malade est transformé, mieux qu'il n'a jamais été depuis 1932. Il existe encore un malaise passager vers 17 heures. L'asthénie a diminué et le malade a élargi impunément son régime. Une série de « consolidation » est faite, réclamée d'ailleurs par le malade.

En mai 1944, il reste en parfaite santé.

Ici, l'ulcère n'était pas spécialement sténosant. Nous avons obtenu un succès remarquable. D'autre part, cette dernière observation est d'un gros intérêt pratique : le sujet a été transformé par les ferriscorbones, alors que son ulcère calleux, inextirpable après laparotomie, n'avait été amélioré ni par la gastro-entérostomie, ni par les multiples traitements anti-ulcéreux essayés.

Observation VIII (Inédite).

M..., chauffeur de camion, 19 ans. Souffre depuis l'âge de 12 ans, dans le flanc droit, de crises douloureuses survenant par périodes de un à trois mois, séparées de répits un peu plus longs. Les douleurs sont à types de crampes et surviennent vers 9 heures le matin, 4 heures l'après-midi et irrégulièrement 3 heures du matin. Pas de nausées ni de vomissements. Depuis quelque temps, de petits malaises persistent entre les périodes de crises.

Depuis le mois de janvier 1944, deux crises sont survenues, très violentes, à la suite d'un repas, amenant même une perte de connaissance. La douleur a duré sans arrêt deux nuits et un jour, nécessitant un traitement au pantopon.

A l'examen, clapotement gastrique à jeun, présence de liquide de stase (300 cm^3), légère tension des grands droits.

Une radiographie montre un ulcère du duodénum avec rétrécissement du début de la seconde portion. Un traitement anti-ulcéreux reste sans effet net. On commence les ferriscorbones au mois de février 1944 : le résultat est nul.

Le malade est opéré en avril par M. le Professeur agrégé Magendie, qui fait une gastrectomie pour exclusion, avec exérèse de la muqueuse pyloro-duodénale. Voici son compte rendu :

« A la laparotomie, le pylore et le duodénum paraissent attirés et fixés sous le rebord chondro-costal droit. Il apparaît des cicatrices ulcéreuses blanches, déprimées sur le versant duodénal (première portion), face antérieure et inférieure.

» Au-dessous, rétrécissement de D_2 dans sa partie supérieure. Une bride très épaisse (1 cm.) part du fond de la vésicule et vient s'im-

planter au-dessus du rétrécissement. Autour de lui, le pancréas présente une induration de 5 cm. 5 de diamètre. Après dissection de la muqueuse pyloro-duodénale, on trouve deux ulcères voisins (de 1 cm. de diamètre) siégeant l'un sur la face antérieure, l'autre sur le bord inférieur de la première portion du duodénum. Ce rétrécissement admet à peine le passage d'une pince de Péan. »

Ici, il y a eu échec du traitement par les ferriscorbones.

Nous avons voulu essayer enfin les ferriscorbones dans deux cas de sténose pylorique incomplète cicatricielle chez un malade présentant des troubles dyspeptiques, liés à une mauvaise évacuation. Mais le malade était en dehors de toute poussée ulcéreuse. Nous nous demandions si, de même que les ferriscorbones paraissent agir sur l'élément inflammatoire, il n'agissait pas sur l'élément cicatriciel, diminuant peut-être l'épaisseur du tissu fibreux, assouplissant la cicatrice, améliorant la perméabilité pyloro-bulbaire.

Observatioon IX (Inédite).

Cou..., 46 ans, magasinier. Troubles digestifs remontant à cinq ou six ans, consistant en pyrosis, douleur épigastrique, par petites crises de deux, trois jours, revenant tous les deux ou trois mois, survenant chez un éthylique. Au cours d'une crise plus forte, en mai 1942, hématémèse et lypothymie, nécessitant quatre mois de repos. L'hémorragie a été suivie de violentes douleurs pendant quelques jours.

A partir d'avril 1943, il souffre quotidiennement deux à trois heures après les repas, mais rarement le soir ou la nuit. Quelques jours d'amélioration à la suite d'injections d'hista-dimilli.

Le malade présente de l'amaigrissement et une nette tendance à la constipation.

De l'examen fait à ce moment par M. le Docteur Dubarry, nous retenons : une mauvaise denture (le malade est en outre tachyphagique), une tension marquée des grands droits et du clapotement gastrique.

Radiologiquement, on voit de l'irrégularité de la petite courbu-

prépylorique, avec un bulbe de périduodénite et une sténose pylorique partielle chronique.

Un traitement à l'algipan et une potion au bismuth amènent un arrêt des douleurs.

Un second examen radiologique fait songer à un ulcère du bulbe avec antrite.

A la suite d'une poussée bronchitique en octobre 1943, période d'une quinzaine de jours de crises douloureuses tardives très violentes, calmée par injections de laristine, qui amène, en outre, une reprise de poids de 2 kilos, alors que le malade avait déjà maigri de 6 kilos.

Après traitement à l'algipan, puis hista-dimilli, titane, le malade ne souffre plus, mais la sténose persiste; on décide une série de 15 injections de ferriscorbone en mars 1944. Les injections sont bien supportées; par la suite, le malade mange un peu de tout et se trouve très bien. Il a bon appétit; il a un peu maigri (500 gr.), mais il se ravitaille très mal actuellement.

L'examen montre de la tension du grand droit droit.

Très sensible amélioration radiologique : le bulbe est tout à fait normal sur certains films; sur d'autres, il présente encore un certain degré de déformation, mais moindre qu'avant. Deux heures après l'ingestion, un quart de la baryte est encore dans l'estomac.

Il n'y a pas de liquide de stase abondant, ni aspect de sténose partielle, comme auparavant.

En somme, amélioration anatomique à la suite d'une série de ferriscorbone, en dehors de toute poussée ulcéreuse.

Observation X (Inédite).

Min..., muletier, 53 ans. Depuis une typhoïde en 1915, souffre de l'abdomen par périodes de quinze jours à un mois, au printemps et à l'automne, avec malaises entre temps; les crises sont accompagnées de vomissements et se produisent sans grande fixité, environ deux ou trois heures après les repas. Amaigrissement de 10 kilos en dix-huit mois. Le malade a de la constipation et du ballonnement. A la fin de 1943, le malade est envoyé par son médecin trai-

tant (Dr Sourgens, Lit-et-Mixe, Landes) à M. le Professeur agrégé Dubarry. A l'examen, le malade présente du clapotement gastrique et de la tension épigastrique. Un examen radiologique montre une sténose pylorique ulcéreuse, due à un ulcère probablement prépylorique. Il n'y a pas d'évacuation.

Traitement anti-ulcéreux, puis on fait une série de 15 ampoules de ferriscorbone, en janvier 1944; malheureusement, le malade, ayant été requis, n'a pu être examiné radiologiquement avant et après la série d'injections. Il ne semble pas qu'il y ait eu une nette amélioration clinique à la suite de ce traitement, les crises douloureuses ayant été améliorées déjà à la suite des injections d'algipan faites précédemment.

En somme, les ferriscorbones, dans ce cas, ne paraissent pas avoir eu d'action bien appréciable.

Ulcères multiples de l'estomac et du duodénum.

Il est assez fréquent de rencontrer une association de plusieurs ulcères de la petite courbure. Mais le type le plus courant est réalisé par l'association d'un ulcère de la partie moyenne de la petite courbure et d'un ulcère pylorique ou pyloro-duodénal.

Ces « ulcères conjugués » peuvent évoluer, soit sans sténose, soit avec sténose pylorique, ou médio-gastrique.

Cliniquement, en général, la double évolution se confond dans une symptomatologie générale de l'ulcus ou de la sténose, et c'est la radiologie qui montre les deux lésions.

D'autres fois, il y a bascule, tantôt poussée d'ulcère de la petite courbure, tantôt poussée d'ulcère juxta-pylorique.

Pathogéniquement, il est intéressant de constater que, le plus souvent, l'ulcère pylorique est le premier en date, et cette notion souligne le rôle favorisant de la stase dans la genèse des ulcères sur des estomacs prédisposés.

Le traitement habituellement préconisé est la gastrectomie large qui enlève les deux lésions.

Nous avons essayé les ferriscorbones dans trois cas d'ulcères doubles, probables, car, en l'absence d'intervention, il est difficile d'affirmer avec certitude l'existence d'un ulcère duodénal; d'autant plus que maints ulcères gastriques s'accompagnent de péribulbite. Malgré tout, l'aspect du duodénum nous paraissait chaque fois assez typiquement ulcéreux.

Observation XI (Inédite).

Dar..., 77 ans, généalogiste. Diabétique, depuis vingt-cinq ans, souffre de crises douloureuses intermittentes, à type torsion, durant quinze jours à trois semaines, dans la région épigastrique, accompagnées de hoquets et de nausées survenant surtout entre 1 heure et 5 heures du matin. L'appétit est bon; ni dysphagie, ni sialorrhée; quelques vomissements nocturnes abondants et gêne xyphoïdienne. Le malade se retient cependant de manger, persuadé de l'existence d'un obstacle. Il a une constipation persistante. Il existe des périodes de rémission des douleurs d'une quinzaine de jours.

L'examen radiologique, en janvier 1942 (Prof. agr. Dubarry), montre du liquide de stase. Estomac en cuvette par sténose pylorique serrée sans que l'on puisse en préciser la cause, ulcéreuse ou néoplasique.

Un traitement anti-ulcéreux (algipan et atropine sous-cutanée) et des anti-spasmodiques amendent les troubles ainsi que la constipation.

Un mois après, à un deuxième examen radiologique, il n'y a plus de liquide de stase. Estomac hypertonique s'évacuant bien. Ulcère de la petite courbure, visible de profil, en position debout. Bulbe très irrégulier. On pense à un ulcère duodénal probable.

Le traitement est continué (hista-dimilli, bismuth).

Pendant un an et demi, les crises cessent pour reparaître en juillet 1943 ainsi que la gêne xyphoïdienne. Amaigrissement de 8 kilos depuis janvier 1942.

Radiologiquement : Grosse niche de la petite courbure. Liquide de stase (75 cm^3). L'évacuation barytée ne se fait pas même une heure après injection de génatropine.

Un traitement à l'algipan n'apaise pas les douleurs.

Un examen radiologique, en novembre 1943, montre une légère diminution de la niche, un aspect tunnelliforme allongé du pylore sans aspect néoplasique. Le bulbe est petit, irrégulier.

On fait alors une série de ferriscorbone qui n'amène aucune amélioration. Le malade est décidé à se faire opérer malgré ses 77 ans. Mais il meurt avant l'opération à la suite d'hémorragies gastriques répétées.

Observation XII (Inédite).

B..., 59 ans, agriculteur, envoyé à M. le Professeur agrégé Dubarry par le Docteur Vital, de Langon. Souffre périodiquement de l'estomac depuis l'âge de 18 ans : crises tous les quatre, cinq ou dix ans, de longueur variable, trois jours à un mois.

Depuis le début de 1943, les crises se rapprochent et ont lieu tous les trois mois; elles consistent en crampes violentes, survenant deux heures après les repas et amenant souvent des vomissements aqueux ou alimentaires. Elles sont déclenchées par les choux, le vin blanc, l'ail, le vinaigre et le tabac. L'apétit est bon, accru en crise. Selles régulières. Le poids est stationnaire.

Radiologiquement, probabilité d'ulcère de la petite courbure, un peu au-dessus de l'angle et double petite tache constante en haut de la seconde portion du duodénum. Estomac hypertonique et hyperkinétique.

Le Docteur Vital fait un traitement à l'algipan dans le courant de mai 1943, qui soulage le malade. Mais les crises reprennent trois mois après. Le Professeur agrégé Dubarry conseille alors les ferriscorbones. Mais le malade ne tire aucun profit du traitement; il ne suit pas son régime, et souffre bien plus qu'avant. Il se fait opérer en juillet 1943 par le Docteur Lacouture, qui fait une gastrectomie (Polya), et ne peut préciser l'état duodénal. Depuis l'intervention, le malade a engraissé de 8 kilos et suit un régime normal. Il ne souffre plus du tout.

Observation XIII (Inédite).

C..., 52 ans, cultivateur. Souffre depuis neuf ans par périodes de cinq à vingt jours, qui se renouvellent quatre ou cinq fois dans l'année. Toute la journée, il ressent à ce moment-là de petits malaises; une crise plus nette et plus violente a lieu la nuit vers 23 heures. La douleur est localisée à l'épigastre, sans irradiation, mais gêne la respiration et la parole. Il y a un léger amaigrissement.

Après une crise plus violente et plus longue (deux mois), son médecin traitant, le Docteur Laveau, de Génissac, l'envoie au Professeur agrégé Dubarry, qui l'examine radiologiquement et trouve un gros ulcère sous-cardiaque de la face postérieure de la petite courbure et un ulcère du duodénum probable.

Le malade, ayant refusé l'intervention, est soigné par l'algipan et une potion bismuthée et belladonée, en suivant un régime. Il note une légère amélioration, mais les douleurs reprennent dès la fin de la série des injections. On fait alors 15 injections de ferriscorbone à partir de janvier 1944 : amélioration très nette dès la troisième injection, les douleurs ont complètement disparu; l'appétit est bon et le malade élargit son régime. Il peut reprendre ses occupations sans difficulté.

Radiologiquement, il y a nette diminution de la niche sous-cardiaque, disparition de l'aspect anormal du duodénum. Aérocolie de l'angle droit, bloquée en avant du foie, donnant d'ailleurs une sonorité pré-hépatique.

Nouvelle série de ferriscorbone en mars 1944 (10 injections). Le malade avoue lui-même n'avoir pas connu pareil bien-être depuis vingt ans, bien qu'il y ait peu de modifications des signes physiques, sinon un moindre empâtement de périviscérite.

Revu en mai 1944, il se trouve transformé, aussi bien au point de vue digestif que général : il travaille comme il ne pouvait le faire depuis plusieurs années. La niche de la petite courbure a tout à fait disparu. Le bulbe reste irrégulier, mais moins que précédemment.

En somme, un succès remarquable et deux échecs, sur nos trois cas d'ulcères doubles.

Ulcères géants de la petite courbure.

L'ulcère géant de la petite courbure jouit en général d'une mauvaise réputation. Classiquement, en effet, les dimensions anormales d'une niche gastrique militaient fort en faveur du cancer. Dans une statistique publiée en 1928, Alvarez, Caspentier et Mac Carty donnaient les précisions suivantes :

Niche inférieure à 25 millimètres, 10 p. 100 de cancer;
Niche de 25 à 35 millimètres, 66 p. 100 de cancer;
Niche supérieure à 35 millimètres, 100 p. 100 de cancer.

Pourtant, le Docteur E.-A. Périer signale 11 malades porteurs d'une niche géante de la petite courbure qui ont été guéris médicalement ou, ayant été opérés, furent trouvés porteurs d'une lésion ulcéreuse bénigne.

MM. R. Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon et Nemours-Auguste rapportent les observations de 4 malades porteurs de niches gastriques géantes. Les 4 malades ont été guéris. L'un par gastrectomie, l'examen histologique ayant montré la bénignité de la niche. Deux autres, après diagnostic opératoire de cancer inopérable, ont vu leurs troubles disparaître, et la niche s'est effacée aux rayons X, après traitement. La quatrième malade a cessé de souffrir après traitement médical de huit jours, et au bout d'un mois la niche avait disparu.

MM. Parrot, Debray, Richet, signalent l'observation de 10 ulcéreux gastro-duodénaux, améliorés par un antagoniste de l'histamine, l'antergan.

MM. Brûlé et Hillemand rapportent l'observation de niches géantes secondaires à des ulcères à évolution aiguë et disparaissant par le traitement médical en quelques semaines.

Donc, la grandeur de la niche n'implique nullement une origine cancéreuse, contrairement aux idées classiques.

M. le Professeur agrégé Dubarry a, malgré tout, constaté un cas où, radiologiquement, on pouvait penser à une niche géante d'origine ulcéreuse, et où la laparotomie, après insuc-

cès des traitements médicaux anti-ulcéreux, a montré qu'il s'agissait en réalité d'un gros néoplasme qui s'avéra inextirpable entre les mains d'un chirurgien pourtant audacieux.

Pour Gutmann, sur la portion horizontale de la petite courbure, l'ulcère géant a toutes les chances d'être malin; sur la portion verticale, il a toutes les chances d'être bénin. Le fait capital est la localisation : la partie verticale de la petite courbure, qui commence un peu au-dessous de l'abouchement du cardia et s'étend jusqu'au-dessus de l'angle de l'estomac, ne présente que des ulcères bénins. Dans cette région, jamais on n'observe de transformation néoplasique.

Cet ulcère géant semble plutôt l'apanage des gens fatigués, à réaction déficiente, et des sujets âgés. Gutmann signale plusieurs cas où la maladie a débuté à 70 ans et même plus. Il s'agit, en général, de malades ayant atteint au moins la cinquantaine.

Cet ulcère peut être cliniquement typique; il est bien plus souvent atypique : douleurs faibles, amaigrissement, anorexie, vomissements, achlorhydrie; le début est traînant, la poussée ne s'arrêtant pas comme dans l'ulcère classique, mais pouvant traîner pendant six mois. Il peut y avoir des signes hémorragiques parfois. Tout fait penser au cancer.

Radiologiquement, on a la surprise de tomber sur une niche très grosse (une noix) parfois énorme (une demi-mandarine, une petite orange même). Dans d'autres cas, la niche est allongée, ou bien elle peut être entourée d'aspects raides sur la petite courbure et de larges plages claires sur la face gastrique. Il peut exister un spasme de la grande courbure.

Cet ensemble, qui paraît réunir tous les critères de malignité, est, dans cette région, à peu près toujours bénin et très sensible au traitement. Sous l'influence de celui-ci, la lésion guérit cliniquement et disparaît radiologiquement.

La région prépylorique, par contre, est le siège d'élection du cancer. Lorsqu'un malade y présente une grande niche, elle affecte en général l'aspect de niche triangulaire, en plateau, à ménisque, en pessaire. Plus elle est grosse ici, plus

elle a de chances d'être néoplasique. Lorsque, sur le bord horizontal de la petite courbure, une vieille histoire ulcéreuse s'est déroulée, et qui, radiologiquement, montre une niche géante, il y a bien des chances aussi que l'ulcère se soit transformé. Si donc, après traitement, la niche reste inchangée et si l'histoire est récente, datant de quelques mois, l'on est mené à penser qu'il s'agit d'un cancer ulcériforme. Mais il est exceptionnel qu'un cancer atteigne une telle surface en quelques mois.

En somme, en présence d'un ulcère géant, il ne faut pas se hâter de penser au pire : ce pire est vraisemblable sur la partie horizontale, et très improbable sur la partie verticale. Si l'ulcère n'est pas curable cliniquement et radiologiquement, il ne faut plus attendre, mais conseiller le traitement chirurgical.

Voici nos 8 observations d'ulcères géants de la petite courbure :

Observation XIV.

(Déjà publiée résumée à la Société de gastro-entérologie.)

Mme Lac..., 73 ans, hospitalisée dans le service de M. le Professeur Dupérié en janvier 1942, pour des troubles digestifs continus depuis six ans : crises douloureuses épigastriques quotidiennes survenant deux heures après le repas de midi, disparaissant spontanément en une heure. Mais, depuis trois mois, aggravation inquiétante, gros amaigrissement, asthénie profonde, douleurs continues dans la journée avec paroxysmes postprandiaux atténués par des vomissements surtout pituiteux, et constipation.

A l'examen, femme de 39 kilos, légèrement anémique, dont le palper épigastrique est douloureux. Chlorhydrie normale. B.-W. négatif.

Radiologiquement, niche géante (40 mm. × 18 mm.) du tiers moyen de la portion verticale de la petite courbure.

Traitement par les ferriscorbones : 9 ampoules du 17 au 26 janvier. Atténuation, puis disparition des troubles digestifs dès la fin

des injections. A la fin de février, gain de 2 kilos et réduction considérable de la niche (10 mm. × 6 mm.), qui disparaîtra à des contrôles radiologiques ultérieurs (septembre 1942 et avril 1943). Les dou-

Fig. 2. — Avant les ferriscorbones (décembre 1941).

Fig. 3. — Février 1942.

leurs n'ont pas reparu; le poids est en progression (49 kilos); elle a reçu en septembre 1942 une deuxième série de 10 injections de ferriscorbone. Nous n'en avons depuis que des nouvelles indirectes. Récemment, elle souffrait légèrement.

Observation XV.

(Déjà publiée résumée.)

Mme Al..., 63 ans. Est hospitalisée dans le service du Professeur Dupérié en janvier 1942, parce que, depuis six mois, elle a des crises épigastriques douloureuses postprandiales tardives, calmées par l'alimentation; elle a beaucoup maigri malgré un appétit conservé et une table bien garnie, et elle a depuis trois mois un melæna intermittent.

A l'examen, femme de 48 kilos, anémique (globules rouges, 2.900.000), ancienne hypertendue, dont la tension artérielle actuelle

est tombée à : Mx, 12; Mn, 5. Examen somatique négatif. Hyperchlorhydrie.

Radiologiquement, énorme niche arrondie de la portion moyenne

Fig. 4 — 8 décembre 1941, avant les ferriscorbones.

Fig. 5. — 14 février 1942.

Fig. 6. — 19 juillet 1942.

Fig. 7. — 30 décembre 1942.

Le 12 avril 1943, disparition complète de la niche.

de la petite courbure (60 mm. × 30 mm.). La malade, réfugiée de l'Est, d'une famille médicale, se refuse à toute intervention. Elle est traitée par 13 injections de ferriscorbones. Rapidement, les

douleurs disparaissent en février 1942; elle reprend 2 kilos, la niche diminue peu à peu pour disparaître en octobre.

En mars, puis en octobre 1942, elle reçoit deux nouvelles séries de 10 injections, faites systématiquement, chacune suivie d'un gain de poids notable (57 kg. 500 en avril 1943, soit 10 kilos).

A cette époque la malade est en parfaite santé. Radiologiquement, estomac et duodénum normaux. Persistance de la guérison jusqu'en février 1944, où la malade rentre dans le service de M. le Professeur Dupérié, pour asystolie avec anasarque. Autant qu'on puisse l'interroger, ses troubles digestifs n'ont pas reparu. Elle meurt quarante-huit heures après. A l'autopsie, on a la surprise de trouver, avec la guérison anatomique de l'estomac, l'existence d'un gros ulcère duodénal, perforé à la période agonique (1).

Observation XVI.

(Déjà publiée.)

Mme Cout..., 56 ans, adressée au Professeur agrégé Dubarry en novembre 1940, pour des malaises épigastriques postprandiaux remontant à août 1940 avec petites pituites et amaigrissement d'une dizaine de kilogrammes chez une femme qui n'avait jamais eu jusque-là de troubles digestifs. Après examen clinique négatif, un examen radiologique (Dr Guichard) met en évidence une grosse niche de 2 cm. × 1 cm. irrégulière, de l'angle de la petite courbure, encastrée dans une zone d'aspect lacunaire, se prolongeant sur toute la portion horizontale de la petite courbure qui paraît infiltrée, manquant de souplesse. Le diagnostic de cancer ulcériforme se pose. A la laparotomie, le Professeur Jeanneney conclut à une tumeur inextirpable, fait une gastro-entérostomie, mais pas de biopsie, tant le diagnostic de cancer lui paraît évident.

Vingt injections de ferriscorbone sont faites pendant les suites opératoires. Tout trouble clinique et toute lésion radiologique dis-

(1) L'épilogue de cette observation doit faire l'objet d'une communication prochaine de MM. Dupérié, Dubarry, Monmayou et L'Epée. Nous publions cependant plus loin l'examen histologique de la cicatrice d'ulcère gastrique.

paraissent, et ce résultat se maintient depuis, confirmé par un examen radiologique systématique annuel.

Fig. 8. — 18 novembre 1940. Avant les ferriscorbones.

Fig. 9. — 30 juin 1942.

Observation XVII (Inédite).

Ber..., 63 ans, garagiste. Gros éthylique ancien jusqu'en 1939, où survint une période de douleurs épigastriques quotidiennes très violentes, qui dura dix-huit mois, avec amaigrissement de 15 kilos. Le diagnostic d'ulcère est alors posé, l'intervention conseillée; le malade la refuse, et ses troubles s'amendent. Depuis, il est devenu sobre et était en parfaite santé jusqu'en mars 1942, où survint une deuxième poussée ulcéreuse typique, intensément douloureuse. Examen négatif en dehors d'un gros foie. Echec total de l'histamine par voie sous-cutanée et partiel par voie intradermique *loco dolenti*.

Radiologiquement, gros ulcère de la face postérieure de la petite courbure, juxta-cardiaque. Entre le 5 novembre, date de notre pre-

mier examen, et, le 22 décembre, la niche a doublé de volume. Le malade a cependant pris 1 kg. 500. Redoutant une tumeur, nous conseillons formellement l'intervention, qu'il refuse obstinément.

Nous essayons alors 15 injections de ferriscorbone à jour passé. Le lendemain de chaque injection, les crises douloureuses sont plus fortes. Les douleurs s'atténuent vers la fin de la série pour disparaître complètement une semaine après.

Un nouvel examen radiologique en février 1943 montre une très légère régression de la niche. Depuis, le malade ne souffre plus du tout, a repris appétit, poids et entrain. Un examen radiologique de contrôle ne montre cependant pas de modifications sensibles.

On refait une autre série de 18 ferriscorbones, fin décembre 1943. Depuis, le malade a engraissé de 3 kilos. Il ressent encore quelques malaises durant à peine dix minutes vers 4 ou 5 heures de l'après-midi. Il reste quelquefois quatre ou cinq jours de suite sans souffrir du tout. Il se sent très amélioré par les ferriscorbones.

Observation XVIII (Inédite).

Mme Mat..., 69 ans, femme de ménage. Vient consulter à la consultation de gastro-entérologie du Professeur Dupérié en juin 1943, parce que, depuis mars, elle présente des crises régulières douloureuses épigastriques, calmées par l'alimentation, survenant vers 11 heures et 18 heures, accompagnées de quelques vomissements de glaires incolores.

Un examen radiologique (juin 1943) montre un volumineux ulcère de la face postérieure de la partie moyenne de la petite courbure (45 mm. × 15 mm.). Encoche spasmodique importante sur la grande courbure.

Une série de 10 injections de ferriscorbone fait disparaître les douleurs pendant un mois. Le poids est stationnaire : 43 kilos. Les douleurs reprennent en septembre 1943. On fait deux nouvelles séries de 10 injections de ferriscorbone séparées par un intervalle de quinze jours. La douleur persiste et un examen radiologique (5 novembre 1943) montre une niche de 32 mm. × 15 mm. Le 20 décembre 1943, la niche présente une nouvelle réduction de volume (22 mm. × 9 mm.).

Nouvelle série de 15 injections de ferriscorbone en janvier 1944. La malade présente des alternatives de bien-être et de douleurs; le poids a augmenté de 1 kg. 500.

En mars, elle continue à souffrir. De nouvelles injections de ferriscorbone sont douloureuses sans amener d'amélioration (mais faites avec 10 cm^3 de solvant uréthane). Les dernières injections faites avec moins de solvant sont moins douloureuses.

Le 20 mars, on commence une série de 20 injections d'histadimilli. Le poids reste stationnaire autour de 42 kilos, 42 kg. 500. Ces piqûres l'améliorent, bien qu'elle souffre encore un peu. Elle a bon appétit; ses selles sont normales.

A l'examen radiologique du 26 avril 1944, persistance d'une niche de 16 mm. × 7 mm., avec encoche spasmodique sur la grande courbure. Malgré tout, grosse amélioration radiologique par rapport à l'état antérieur.

Observation XIX (Inédite).

M. Cos..., employé de bureau, 53 ans. Depuis septembre 1943, après certains repas, sans intolérance élective, gêne, puis douleur en barre deux heures après les repas. Inappétence. Selles normales. Gros amaigrissement.

En décembre 1943, à l'examen, le sujet est déshydraté, cachectique et très pâle. L'épigastre est tendu et sensible.

Radiologiquement, niche de 3 cm. × 2 cm. du tiers moyen de la petite courbure, de type Haudeck. Aucune gêne à l'évacuation pylorique. Pas de rigidité segmentaire appréciable de la petite courbure, mais elle manque de souplesse.

Une série de 20 injections de ferriscorbone en décembre 1943 est bien supportée. Soulagement au deuxième jour du traitement. Le malade est resté au lit pendant toute la durée du traitement.

Mais, à la moindre fatigue, apparaissent des douleurs sous-axillaires, rétroscapulaires et sous-ombilicales qui disparaissent par la position couchée et l'absorption d'un bol de lait.

En janvier 1944, nouvelle série de 15 injections de ferriscorbone. Les douleurs s'atténuent peu à peu. L'appétit est bon. Gain de

poids de 7 kg. 500 (il a dépassé son poids normal). A l'examen, il persiste une légère tension de l'épigastre. Radiologiquement, convergence des plis sur l'emplacement de l'ancienne niche. Hypertrophie marquée des plis de la muqueuse.

Le malade reçoit dans le courant d'avril 1944 une troisième série de 10 injections de ferriscorbone, et il va très bien depuis. En somme, transformation rapide et complète au point de vue digestif et général, disparition quasi complète en quatre mois d'une niche géante pseudo-diverticulaire. A noter, en outre, que ce malade présentait un psoriasis depuis l'enfance, qui s'est atténué dès les premières injections de ferriscorbone pour s'effacer complètement à la fin de la première série. Aucune nouvelle poussée ne s'est produite.

Observation XX.

(Déjà publiée.)

Mme Aut..., 70 ans, hospitalisée dans le service de M. le Professeur Dupérié en octobre 1942, pour des crises épigastriques remontant à six mois, progressives et actuellement intensément douloureuses, mais cédant peu à peu à la position couchée ou à l'ingestion d'un liquide chaud. Elles reviennent deux à trois fois par jour, sans horaire précis. L'apparition de ces douleurs a coïncidé avec la disparition de crises d'asthme remontant à six ans. Examen négatif en dehors d'un léger signe de Murphy en décubitus latéral gauche. Mauvais état général. Poids, 38 kilos.

En octobre 1942, radiologiquement : d'une part, grosse niche de la face postérieure de la petite courbure déterminant une biloculation gastrique, avec plis froncés de part et d'autre de la niche; d'autre part, vésicule exclue (après tétraiod, méthode de Sandström).

Un traitement par l'histamine et des pansements gastriques n'atténuent que légèrement et passagèrement les douleurs. La niche reste la même et la biloculation s'accentue.

On fait alors, en janvier 1943, 10 injections de ferriscorbone parfaitement supportées. Vers la cinquième, les douleurs s'atténuent pour disparaître à la dixième. Reprise extraordinaire du poids : 5 kilos en vingt-cinq jours au régime de l'hôpital. La niche dimi-

nue et la biloculation s'efface. Une nouvelle série de 10 injections de ferriscorbone « de consolidation » permet un nouveau gain de 3 kilos en février 1943.

La malade fait un nouveau séjour à l'hôpital en octobre 1943 à l'occasion d'un traumatisme de l'épaule gauche. Son état général est bon; elle ressent parfois cependant quelques malaises gastri-

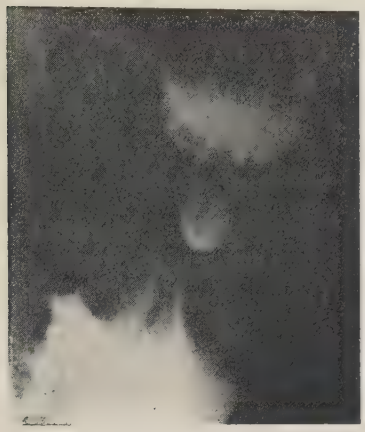


Fig. 10. — 16 décembre 1942 (avant traitement).

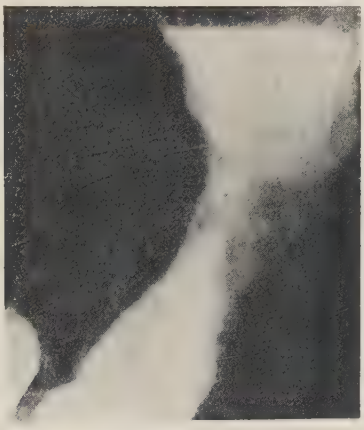


Fig. 11. — 21 avril 1943.

ques vite dissipés. Une série de ferriscorbone, faite en novembre 1943, l'améliore. Depuis le 26 janvier 1944, elle a reçu 26 injections de ferriscorbone. Elle ne souffre plus du tout, a bon appétit; ses selles sont normales. Elle a repris 3 kg. 500, qu'elle avait perdus dans le courant de janvier au cours d'un épisode pulmonaire. Radiologiquement, au dernier examen de mars 1944, disparition de la niche, mais persistance de la biloculation.

Observation XXI (Inédite).

Mme Man..., 59 ans, vernisseuse au tampon. Présente des troubles gastriques survenus brusquement en juillet 1943, consistant en vomissements aqueux avec douleur immédiatement postprandiale, puis, par la suite, sans horaire bien fixe. La malade est anorexique. Ces troubles présentent une rémission d'un mois, puis

reprennent une demi-heure à une heure après les repas. Il y a un amaigrissement de 7 à 8 kilos.

Au point de vue radiologique, en octobre 1943, gros ulcère de la face postérieure de la petite courbure.

L'hista-dimilli amène une amélioration sensible : les crises sont moins fortes. Elles cessent même pendant trois semaines en décembre, puis reprennent très violentes. Un examen radiologique, fait à ce moment, montre une niche de 33 mm. × 20 mm. Bien que les premières radiographies aient été perdues, on sait qu'au deuxième examen la niche avait déjà nettement diminué de volume.

On fait 15 injections de ferriscorbone en fin décembre, à la suite desquelles la malade engraisse de 2 kilos. Elle souffre moins.

A la suite d'une reprise des douleurs, on refait une autre série de ferriscorbone en mars 1944 : les injections restent sans effet au début, puis finissent par calmer la malade.

Une radiographie montre une nette diminution de la niche (22 mm. × 15 mm.).

Actuellement, la malade ne souffre que de façon insignifiante de quelques élancements dans la région épigastrique.

Toutes nos observations sont caractérisées cliniquement par une évolution chronique d'emblée, sans périodicité des troubles dyspeptiques, et radiologiquement par l'existence d'une niche volumineuse, ce qui nous avait fait redouter tout d'abord le cancer ulcériforme. Les résultats radiologiques et cliniques ont été remarquables : disparition des troubles cliniques, nettoyage complet de lésions radiologiques énormes pour presque toutes.

Ce sont cependant les faits les plus discutables, puisque, comme nous, divers auteurs ont cité des guérisons d'ulcères à niche géante sous l'effet de traitements médicaux variés.

L'observation XVII serait tout à fait comparable aux autres si, dans le passé du malade, on ne retrouvait une première poussée ulcéreuse de longue durée.

« On ne peut pas dire que sans les ferriscorbones ces malades n'auraient pas guéri. Mais nous croyons que ce traite-

ment a beaucoup contribué à la guérison, l'a déclenchée, l'a hâtée, et la rapidité de cette guérison a fait la preuve de la bénignité des lésions dans les cas où ni la clinique, ni la radiologie ne peuvent conclure fermement à cet égard. » (Professeur agrégé Dubarry.)

Gastro-duodénites.

A côté des ulcères avérés, confirmés par la radiologie, existent des cas pour lesquels on porte le diagnostic de gastro-duodénite, d'antro-bulbite, où, à la laparotomie, le chirurgien trouve une paroi congestive; et, s'il fait une gastrotomie ou une duodénotomie, il découvre des érosions de la muqueuse.

Au point de vue clinique, il s'agit d'histoire de douleurs à type plus ou moins ulcéreux au point de nécessiter parfois une intervention, et sur l'absence d'ulcère visible au cours de l'opération. Ce sont des malades qui souffrent de l'estomac avec un mélange de crampes, de douleurs, d'aigreurs et de brûlures. Le plus souvent, ce sont ces deux dernières manifestations, essentiellement gastritiques, qui dominent; mais la participation pylorique explique l'adjonction possible des crampes.

Ces troubles sont de deux sortes : les uns, les plus caractéristiques, sont précoces et suivent de près l'absorption alimentaire. Les autres douleurs sont plus trompeuses; ce sont des crampes, à type, en général, tardif.

L'évolution de ces troubles est souvent irrégulière, c'est-à-dire qu'ils subissent des hauts et des bas. La production d'une crise douloureuse par une infraction alimentaire est un phénomène gastritique et non ulcéreux.

Dans d'autres cas, selon Gutmann, plus rares, l'évolution se fait par poussées plus franches, avec arrêts plus nets.

Cette constatation est toujours un argument important contre le diagnostic d'antrite et impose une grande réserve dans l'élimination ferme de l'ulcus.

Dans certains cas, l'antrite se présente sous une forme grave, avec mauvaise mine, amaigrissement et anémie. Il existe même des formes subfébriles, accompagnées d'un léger degré de polynucléose.

Enfin, il peut y avoir des formes hémorragiques.

L'identification de ces diverses formes, outre leur physionomie clinique un peu atypique pour un ulcère, se fait par une série d'examens négatifs, l'absence de tout signe radiologique d'ulcère, contrastant avec la netteté des symptômes gastriques. Pour Gutmann, cette négativité est importante.

Enfin, la gastroscopie permet de voir si la muqueuse est malade. Cependant, le fait de voir des lésions gastritiques nettes n'élimine pas la présence d'un ulcère gastrique, ni bulbaire.

Ce sont des cas rebelles à tout traitement médical proposé et où la chirurgie ne donne pas non plus de résultats brillants. Le chirurgien, la plupart du temps, s'abstient d'une gastrectomie et referme.

Chez notre malade, dont l'observation suit, la cholécystite non lithiasique, appréciée à la laparotomie par le chirurgien et qui motivait l'intervention, n'expliquait pas les troubles cliniques. Ceux-ci n'ont subi aucune amélioration à la suite de l'intervention. Bien au contraire, ils ont redoublé.

Les ferriscorbones que nous avons essayées alors par la suite, en désespoir de cause, ont été un échec complet.

Observation XXII (Inédite).

Mlle Soul..., 40 ans. Envoyée par le Docteur Sédeilhan (de Cavignac). Consulte la première fois le Professeur agrégé Dubarry en décembre 1941 : elle souffre depuis quatre ou cinq ans, presque quotidiennement, de douleurs à type brûlure épigastrique avec pyrosis et quelquefois ballonnement abdominal survenant vers 10 heures du matin, crise accrue par la station penchée en avant, et cessant spontanément au bout d'une demi-heure à une heure. Elle conserve un gros appétit sans intolérances alimentaires élec-

tives. Elle est bien dans l'après-midi, malgré quelques bouffées de congestion du visage vers 4 h. 30, et durant une heure à une heure et demie. Elle n'est qu'exceptionnellement réveillée la nuit par une crise. L'examen est négatif.

Radiologiquement, aérocolie gauche très importante. Estomac en « cascade ». Sur aucun cliché on ne peut voir de niche sur la petite courbure. Douleur élective au niveau du bulbe, qui est petit, triangulaire, rétracté, précédé d'une antrite manifeste.

Après échec des traitements anti-ulcéreux, l'intervention est pratiquée en janvier 1943, par le Docteur Lacouture, qui fait une cholécystectomie sans toucher à l'estomac. L'opération n'est suivie d'aucune amélioration et un traitement de 10 injections de ferriscorbone est institué par le Docteur Dubarry en mai 1943. Ce dernier échoue complètement; la malade souffre de plus en plus, et dès le réveil, le petit déjeuner atténuant ses douleurs pendant deux à trois heures. Quelquefois, à midi, elle ne peut manger tellement elle souffre. La nuit, toutefois, elle présente rarement des crises douloureuses.

A l'examen du 9 septembre 1943 l'épigastre est intensément douloureux. Il existe une petite hernie ombilicale.

En décembre 1943, gastrectomie par le Docteur Lacouture, qui n'amène pas la moindre amélioration. Les mêmes brûlures persistent avec douleurs violentes commençant après les repas et durant trois à quatre heures. La malade est, de plus, profondément asthéniée.

Dans un cas, semble-t-il, superposable au premier, avec périviscérite du carrefour supérieur, nous avons eu un résultat plutôt faborable.

Observation XXIII (Inédite).

Val..., cultivateur, 57 ans. Adressé en janvier 1944 à M. le Professeur agrégé Dubarry. Ancien blessé de guerre, trépané, présentant des céphalées, vertiges et bourdonnements. Souffre de l'estomac depuis sept ans, par périodes de huit à quinze jours, une ou deux fois dans l'année, et présente un gros amaigrissement. Des traite-

ments anti-ulcéreux (Iaristine histamine, hista-dimilli) ne l'améliorent que passagèrement.

Depuis juin 1943, crise douloureuse continue, très atténuée certains jours. Les douleurs surviennent une à trois heures après les repas, calmées par une prise de bicarbonate ou le repas suivant. La douleur est sus-ombilicale, transfixiante, sans nausées ni vomissements. Léger amaigrissement depuis cette crise.

Radiologiquement, pas d'image nette d'ulcère, mais la région prépylorique s'injecte mal et il y a de la péribulbite avec accolement de l'angle hépatique.

Quinze injections de ferriscorbone sont commencées en février et poursuivies en mars. Le malade est amélioré; il a repris son travail. Il a encore quelques malaises dans la journée. Son poids est stationnaire; il suit un régime et prend du kaolin et de la belladone.

Nous manquons de recul pour ce malade. Pour l'instant, les ferriscorbones ont stabilisé son poids, alors que le malade maigrissait continuellement. Il souffre moins et peut travailler.

L'ulcère peptique postopératoire.

L'ulcère peptique est la forme la plus redoutable de la maladie ulcéreuse. Sa fréquence atteint 1 à 4 p. 100 après gastro-entérostomie d'après les statistiques françaises et anglo-américaines.

Une intervention antérieure en pleine poussée ulcéreuse est favorisante (Gatellier).

C'est une complication presque élective de la gastro-entérostomie; on ne le rencontre pratiquement qu'après cette opération, tandis qu'il est exceptionnel après gastrectomie. Il est fréquent après duodéno-pylorectomie, conservant la plus grande partie de l'estomac. Ceci constitue même un argument militant en faveur d'une gastrectomie large dans le traitement des ulcères, surtout duodénaux.

Nous relatons ici une observation d'ulcère peptique postopératoire de forme particulièrement maligne, car il est survenu après une gastrectomie large.

Observation XXIV (Inédite).

S..., 38 ans. Opéré par le Docteur Charbonnel qui pratique une gastrectomie en octobre 1939, pour un gros ulcère du duodénum. Le malade est très bien pendant dix mois. Mais, depuis juillet 1940, périodes douloureuses de quinze jours à un mois. Après trois mois d'amélioration, apparaissent en 1941 du melæna et de grands vomissements bilieux. Un examen radiologique (Prof. Réchou) montre un ulcère peptique. Le malade suit alors un régime strict, et il est traité par des injections d'hista-dimilli qui restent sans effet.

A la fin de 1943, période douloureuse de trois mois sans arrêt, avec crises nocturnes très violentes. Bon appétit. Tendance à la constipation.

A l'examen du Professeur agrégé Dubarry, double éventration sur la cicatrice opératoire. Radiologiquement, on retrouve l'ulcère peptique sur le versant jéjunal de la bouche; le moignon gastrique est petit, indiquant qu'il y a eu vraiment gastrectomie large. De plus, gastro-jéjunite autour de la bouche et périviscérite.

Après échec des traitements anti-ulcéreux classiques et, en dernier lieu, de l'algipan, on fait en mars 1944 une première série de 14 injections de ferriscorbone, bien supportées malgré une recrudescence des douleurs de la quatrième à la huitième injection. Amélioration des douleurs, sauf une crise nocturne persistante survenant vers minuit, calmée par le bismuth. La constipation persiste en même temps qu'un peu de melæna.

Nouvelle série de 15 injections de ferriscorbone comme traitement de « consolidation », qui a amené une diminution des douleurs. Le malade garde toujours une crise nocturne. Revu en mai 1944, il souffre un peu moins et vient réclamer une nouvelle série de ferriscorbone.

Seul le bismuth a une action sédative sur les crises douloureuses. En dehors de cette médication, tous les autres traitements s'étaient avérés totalement inefficaces. Le malade se sent nettement mieux après chaque série de ferriscorbone.

CHAPITRE III

RESUME DE NOS RESULTATS

1° *Ulcères calleux de la petite courbure :*

5 cas traités :

5 améliorations.

Le recul a été dans ces cas respectivement de : 2 ans, 1 an, 9 mois, 5 mois et 6 mois.

2° *Ulcères calleux du duodénum :*

5 cas traités.

Parmi ces observations :

2 cas de sténose ulcéreuse cicatricielle partielle du pylore :

1 amélioration;

1 échec.

3 cas sans sténose :

2 améliorations;

1 échec.

Ici, nous manquons de recul pour la plupart de nos cas. Une seule observation d'ulcère calleux duodénal sans sténose offre un recul de 16 mois.

3° *Ulcères doubles de l'estomac et du duodénum :*

3 cas traités :

1 amélioration remarquable (recul seulement de 4 mois);

2 échecs.

4° *Ulcères géants de la petite courbure :*

8 cas traités :

8 succès.

Ici, nous avons un recul important : 3 ans et 5 mois, 2 ans et 4 mois, 2 ans, 1 an et 4 mois, 4 mois, 2 mois.

Dans le huitième cas, seule l'amélioration radiologique est nette.

5° *Gastro-duodénite :*

2 cas traités :

1 amélioration (recul de 3 mois);
1 insuccès.

6° *Ulcères peptiques :*

1 seul cas traité pour ulcère peptique après gastrectomie large, semblant plutôt favorable jusqu'à présent.

Ces résultats confirment l'impression première qu'il y a un an M. le Professeur agrégé Dubarry rapportait à la Société de gastro-entérologie de Paris; ils sont surtout intéressants pour les ulcères calleux et les ulcères géants.

Par contre, dans les sténoses cicatricielles, l'effet est nul. De même, dans les états inflammatoires chroniques de la muqueuse gastro-duodénale sans ulcère vrai.

A la différence des autres traitements des ulcères, c'est sans doute surtout sur la réaction « calleuse » qu'agit la ferriscorbone, plutôt que sur l'ulcère lui-même.

En ce qui concerne les signes fonctionnels, il y a ici aussi : Atténuation et souvent disparition des douleurs, espacement, puis cessation des vomissements, amélioration de l'appétit.

L'état général remonte avec reprise du poids, diminution de l'asthénie, sensation de mieux-être, relèvement psychique considérable des malades.

D'autre part, l'examen radiologique nous a montré une régression des images ulcéreuses et souvent même une disparition complète.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Pour le moment, nous n'osons pas appliquer ce traitement dans la majorité de nos cas d'ulcères calleux, de préférence au traitement chirurgical.

Le diagnostic différentiel entre ulcère calleux et cancer ulcériforme étant souvent difficile, dans le doute, il faut intervenir ou agir comme s'il s'agissait sûrement d'un cancer, d'autant plus que, dans certains cas, l'ulcère calleux peut dégénérer.

Les indications se posent pour un sujet trop âgé qui ne peut faire les frais d'une intervention trop shockante pour lui (plus de 50 p. 100 de nos malades ont, en effet, plus de 70 ans). On emploiera ce traitement également chez des sujets tarés ou cachectiques ou bien chez des malades ayant opposé un refus formel à toute intervention, ou dans les cas d'ulcères calleux entourés de lésions de périviscérite très importante les rendant inextirpables : cas d'ulcères géants.

Chez certains sujets, les ferriscorbones peuvent être employées à titre préopératoire. C'est ce que préconisait déjà l'an dernier M. le Professeur agrégé Dubarry, et que les auteurs lyonnais nous ont écrit avoir réalisé dans un certain nombre de cas (Cf. un travail du *Journal de médecine de Lyon*, sous presse, écrit en collaboration avec le Professeur Santy).

Le traitement amène la disparition des troubles fonctionnels, la diminution de l'infection et de l'œdème lésionnels et l'amélioration de l'état général, ce qui permet d'opérer dans les meilleures conditions possibles.

Le produit est dépourvu de toute toxicité. Localement, les injections sont très bien supportées, il n'y a pas de thrombose veineuse à redouter.

Il n'y a pas de contre-indications à signaler du fait d'un état hépatique ou rénal.

Nous ne voyons personnellement aucune contre-indication à ce traitement.

Les auteurs lyonnais, dans le cancer, disent d'éviter cette thérapeutique si le sujet est tuberculeux ou si l'on se trouve au lendemain d'une hémorragie.

« Mais il ne s'agit pas de substituer ce traitement médical à la chirurgie. Chaque fois que l'intervention est possible, c'est à elle qu'on doit avoir recours, d'autant plus que pour ces grosses lésions le diagnostic de bénignité ou de malignité ne peut jamais être posé de façon formelle. » (Prof. agr. Dubarry.)

CHAPITRE V

INTERPRETATION BIOLOGIQUE DE NOS RESULTATS

Pour M. le Professeur agrégé Dubarry, le mécanisme d'action est sans doute analogue à celui qui est invoqué dans les cancers par les auteurs lyonnais, action désinfiltrante sur les tissus qui entourent la lésion proprement dite, action sur l'élément infectieux qui complique les vieux ulcères aussi bien que les néoplasmes digestifs ulcérés.

Constatations anatomo-pathologiques.

Etant donné les résultats obtenus dans l'ulcère calleux à grosse réaction inflammatoire, nous avons jugé bon de reprendre l'étude histologique du tissu calleux et nous confronterons avec les résultats histologiques obtenus pour une de nos malades, autopsiée après guérison de son ulcère géant de la petite courbure.

Cette description est empruntée à MM. Beauchef et Hartmann.

La paroi de l'ulcère calleux apparaît comme formée de trois couches :

La première, composée de débris cellulaires et de tissus dégénérés, qui répond à la partie la plus superficielle en contact avec le contenu stomacal;

La deuxième, composée de tissu conjonctif plus ou moins dense dans lequel on peut retrouver les tuniques musculaires;

La troisième, formée par la séreuse considérablement épaissie.

Leurs proportions sont variables, mais elles forment, réunies, une épaisseur de beaucoup supérieure à celle d'une paroi stomacale normale.

La surface de l'ulcère est constituée par un tissu de nécrose fibrinoïde, semé de granulations, véritables poussières de noyaux teintés en violet par l'hématoxyline. Au milieu des débris protoplasmiques, apparaissent quelques éléments cellulaires encore colorables, de nombreux polynucléaires souvent très altérés, des globules rouges et des traces de pigment. L'épaisseur de cette couche varie considérablement d'un ulcère à l'autre, suivant qu'il tend plus ou moins vers la cicatrisation.

Les parties sous-jacentes sont constituées par du tissu conjonctif lâche, à cellules allongées, souvent polymorphes, distribuées dans une substance fondamentale fibrillaire dont les mailles sont distendues par un liquide d'œdème. Il existe fréquemment dans cette zone une notable infiltration d'éléments blancs répartis en nodules ou en traînées dans les espaces intermusculaires.

Suivant les points où ont porté les coupes, on trouve aussi des passages où le tissu conjonctif est compact, fibreux, très dense et pauvre en cellules. Cet aspect caractérise plutôt l'ulcère peu infecté ayant tendance à la cicatrisation.

Les éléments musculaires ont disparu ou sont envahis et comprimés par des formations fibreuses.

La séreuse péritonéale est épaissie, renferme de nombreux vaisseaux et elle est parcourue par des bandes de sclérose, délimitant des lobules graisseux.

Les lésions vasculaires sont constantes : péri et endartérite inflammatoires rétrécissant la lumière et aboutissant souvent à une oblitération complète.

A côté de ces lésions, que l'on peut considérer comme l'aboutissant d'une série d'infections répétées, on trouve, même dans les vieux ulcères, des lésions aiguës consistant en hyperdiapédèse avec formation de manchons lymphoïdes périvasculaires, tandis qu'à l'intérieur des vaisseaux il y a organisation du tissu conjonctivo-vasculaire.

Les filets nerveux de la paroi des ulcères calleux présentent des lésions de névrite interstitielle péri et intrafasciculaire.

La muqueuse stomacale bordant l'ulcération présente des altérations glandulaires constantes. Les lésions de gastrite sont habituelles : gastrite mixte avec grosse infiltration leucocytaire ou gastrite atrophique.

Mais on est frappé surtout par l'énorme développement que prennent l'épithélium de recouvrement et les collets des glandes qui forment des végétations œdémateuses polypiformes avec dégénérescence muqueuse, d'ailleurs analogues à celles que nous trouvons habituellement en bordure des épithéliomas. Il semble d'ailleurs que l'irritation causée par l'ulcère ait pour conséquence, dans son voisinage immédiat, l'hypertrophie ou la mutiplication de tous les éléments glandulaires. La muqueuse de recouvrement et les collets glandulaires réagissent sous forme adénome avec dégénérescence muqueuse, les culs-de-sac glandulaires sous forme gastrite avec multiplication cellulaire portant sur les cellules bordantes.

Comme on le voit, la caractéristique de l'ulcère calleux est l'existence d'un processus d'inflammation chronique scléreux qui aboutit à la formation de la callosité, véritable bloc scléro-lardacé caractéristique de la lésion. Celle-ci forme une masse homogène, ferme, qui s'irradie de tous côtés, se soudant à la base de la muqueuse, dissociant les faisceaux de la tunique musculaire, envahissant le péritoine et même la gangue graisseuse du petit épiploon. Cette sclérose inflammatoire détermine au pourtour de l'ulcère une zone rétractile; de là, l'apparence rayonnée de la muqueuse, la rétraction de la petite courbure, sa déformation angulaire, la sténose du pylore, la biloculation de l'estomac. Toutes les parties voisines sont plus ou moins attirées vers l'ulcère; ainsi s'explique le fait qu'après résection d'un petit ulcère le chirurgien se trouve en présence d'une brèche considérable, les parties voisines qui ne sont plus attirées vers le centre de la lésion ayant repris leur situation normale.

Voici maintenant la description de l'ulcère cicatrisé telle que nous la donne Letulle :

« On ne saurait considérer comme guéris les ulcères chroniques qui, sur une partie ou sur la totalité de leur étendue, ont un aspect cicatriciel. La disparition de toute zone limitante et la régénération d'un revêtement épithélial, à la surface de la plaie, sont les seuls signes certains de la guérison.

» Les ulcères récents sont les seuls susceptibles de cicatrisation. En général, la cicatrice d'un ulcère vrai contraste, par sa surface lisse et abrasée, avec l'état mamelonné du reste de la muqueuse. Sa forme est arrondie, ovalaire, irrégulière ou étoilée, sa coloration est jaunâtre ou blanchâtre. La cicatrice est plus mince et moins souple que les tissus avoisinants. Ses bords plissés, irréguliers et rétractés, se continuent sans transition avec le fond. Des plicatures et des brides radiées s'en détachent, susceptibles de déterminer des modifications dans la forme de l'estomac.

» A la hauteur de l'ulcère cicatrisé, la surface péritonéale de l'estomac peut adhérer à l'épiploon ou aux organes voisins. Plus souvent, on ne découvre, en ces points, que des néomembranes organisées ou des placards d'un tissu nacré irradiant à quelque distance.

» Au microscope, la muqueuse gastrique au centre de la cicatrice est plane, amincie, adhérant aux tissus sous-jacents. Les formations glandulaires peuvent être très réduites ou même absentes à ce niveau. Au-delà de la dépression cicatricielle, la muqueuse reprend son épaisseur et sa structure normales. A la hauteur de l'ulcération guérie, la *muscularis mucosæ* est amincie et parfois dissociée par le tissu cirrhotique; la sous-muqueuse, sclérosée, est parcourue par des artérioles et des veinules atteintes de lésions subaiguës ou chroniques. Les couches profondes de l'estomac sont, en général, intactes. »

Pour une de nos malades (obs. XV), nous avons pu constater l'état de la paroi gastrique au niveau d'un ancien ulcère géant de la petite courbure cliniquement guéri.

Macroscopiquement, à l'autopsie, en dehors d'un gros ulcère calleux certainement récent cependant du duodénum, sur lequel nous n'insistons pas (puisque cette observation doit faire l'objet d'un travail spécial), nous avons constaté : absence de toute périgastrite au niveau de la petite courbure et de toute cicatrice extérieure sur la paroi gastrique à l'endroit où devait siéger l'ulcère. Par contre, à l'ouverture de l'estomac, on voyait, sur la face muqueuse par conséquent, la cicatrice de l'ulcère de forme triangulaire ayant environ 1 centimètre de côté. Elle était blanc nacré, très légèrement dépressible par rapport à la muqueuse du voisinage plus rosée et présentant quelques plis convergeant vers ce triangle ulcéreux. La consistance était fibreuse, un peu plus dure qu'au niveau des parties voisines, et le palper montrait que les parois gastriques étaient un peu moins épaisses à ce niveau qu'ailleurs.

En somme, macroscopiquement, cicatrice de bonne qualité.

L'examen histologique, pratiqué par notre Maître le Professeur Dupérié, a permis les constatations suivantes :

« *Au niveau de l'ancien ulcère gastrique* on peut délimiter plusieurs couches :

» Une couche interne, en rapport avec la lumière gastrique, caractérisée par la disparition de l'épithélium et des glandes, et limitée vers la lumière gastrique par du tissu fibreux plus ou moins dense, peu vasculaire, où abondent des microbes divers. Au-dessous de cette couche relativement mince, il existe une assez large zone d'un tissu réticulé, constitué par un réseau fibrillaire lâche, dans les mailles duquel existent de très nombreuses cellules volumineuses, très altérées, à noyaux difficilement visibles, mais à protoplasma bourré de vacuoles ou de granulations; le contenu de ces cellules, très granuleux, comme spumeux, paraît avoir une réaction acidophile. Ces cellules, plus ou moins abondantes,plus ou moins altérées, donnent l'impression de macrophages. Leur présence caractérise absolument cette zone interne. Ces cellules n'ap-

partiennent pas à un système glandulaire; elles sont isolées, ne formant ni cordons, ni acini, elles sont disposées sans ordre.

» La couche moyenne est constituée par un tissu fibreux très dense, formant des tourbillons, des faisceaux dans lesquels on retrouve, plus ou moins intactes, les différentes couches de la musculature gastrique.

» La troisième couche, la plus externe, est constituée par la sous-séreuse épaissie, riche en filets nerveux. Les vaisseaux contenus dans cette paroi sont peu nombreux et de petite dimension.

» En résumé, au niveau de cet ulcère, cliniquement et radiologiquement guéri :

» 1° L'épithélium manque;

» 2° La couche glandulaire a disparu et elle est remplacée par un tissu fibrillaire lâche, délicat, abrasé semble-t-il, et dans les mailles duquel on trouve une couche presque continue de cellules altérées, dégénérées, sans noyaux, à protoplasma spumeux, qui ne peuvent guère être interprétées que comme des vestiges de formations glandulaires complètement désorganisées.

» En certains points d'ailleurs, le tissu fibreux devient plus dense, plus compact. Les cellules dégénérées sont moins nombreuses; la cicatrice semble se condenser, et il est à remarquer que, dans toute cette couche, les cellules inflammatoires proprement dites sont extrêmement rares. »

En conclusion, l'étude comparative de la description de Letulle et celle de la lésion de notre malade montrent des différences histologiques sensibles; il est vrai que la description de Letulle est faite sans doute après gastrectomies, donc sur des pièces fraîches n'ayant subi aucune des transformations cadavériques si rapides et si importantes au niveau des organes digestifs, alors que notre malade a été autopsiée après trente heures sans avoir été formolée.

Ceci enlève malheureusement de la valeur à nos constatations histologiques. Il est impossible de dire si l'absence de l'épithélium n'est pas due simplement à ce qu'il était très fragile et enlevé au cours de nos préparations.

Soulignons surtout l'absence de tout processus inflammatoire permettant de penser que le processus ulcéreux était tout à fait en sommeil, sinon complètement éteint.

CONCLUSIONS

La ferriscorbone sodique, fruit des travaux poursuivis depuis 1929, à Lyon, par MM. les Professeurs Arloing, Morel et Josserand, donne dans les cancers digestifs des résultats incontestables quoique irréguliers.

Nous avons également essayé ce produit avec M. le Professeur agrégé Dubarry, dans 24 cas d'ulcères gastro-duodénaux, soit anciens, calleux, soit géants, soit sténosants, tous ayant résisté aux traitements anti-ulcéreux classiques, avec des résultats intéressants.

De l'analyse de ces 24 observations, pour la plupart inédites, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les gastro-duodénites, ce traitement nous paraît sans grand intérêt.

2° Il en est de même dans les sténoses pyloriques cicatricielles incomplètes où nous n'avons pas obtenu de nette amélioration du fonctionnement pylorique. Sur le tissu cicatriciel fixé, les ferriscorbones n'ont pas de prise; on ne peut assouplir ou faire régresser une telle cicatrice.

3° Un cas d'ulcère peptique grave après gastrectomie large a été légèrement amélioré.

4° Dans les ulcères calleux, évolutifs, de la petite courbure, par cette médication, nous avons obtenu, dans 5 cas traités ainsi, une nette amélioration clinique et radiologique.

5° Dans les ulcères géants de la petite courbure, les résul-

tats sont tout à fait remarquables : sédation rapide des douleurs, disparition progressive, puis complète, de la lésion.

6° Dans le seul cas où nous ayons un contrôle anatomo-pathologique de la guérison d'un ulcère géant, la cicatrisation est macroscopiquement parfaite. Histologiquement, par contre, la muqueuse n'est pas régénérée, à moins que, trop fragile, l'épithélium de revêtement n'ait disparu au cours des préparations de la pièce. Des cellules glandulaires dégénérées sont enfermées dans les mailles d'un tissu fibreux dense sans trace d'inflammation.

7° Cette action sur l'ulcère calleux nous paraît s'expliquer par deux mécanismes : action désinfiltrante réalisant une sorte d'assèchement de la lésion, et action de désinfection s'exerçant sur l'élément inflammatoire qui complique cet ulcère. C'est à ce titre que cette médication doit son originalité. Elle est seule à avoir cette action à notre connaissance actuellement parmi les traitements multiples anti-ulcéreux que l'on peut associer d'ailleurs aux ferriscorbones.

8° Au point de vue pratique, on peut en déduire que l'indication majeure de ce traitement s'applique aux ulcères calleux et aux ulcères géants de la petite courbure, ce traitement paraissant s'adresser plutôt à la formation conjonctivo-fibreuse inflammatoire péri-ulcéreuse qu'à l'ulcère lui-même.

Il n'y a pratiquement aucune contre-indication, sinon la crainte d'une erreur de diagnostic, ces grosses lésions radiologiques ulcéreuses pouvant être confondues avec des lésions néoplasiques.

Mais si, comme nous l'avons fait, nous réservons ce traitement aux grosses niches de la portion verticale de l'estomac, nous avons peu de chances d'erreur, l'ulcus y étant beaucoup plus fréquent que le cancer.

Et si même il s'agissait de cancer, l'erreur ne serait pas trop grave à notre avis : la ferriscorbone a, dans les cancers, un rôle frénateur habituel, désinfiltrant et désinfectant, tel que le résultat d'une intervention après une série d'injec-

tions de ferriscorbone ne semble pas compromis par le retard apporté de ce fait.

Toutefois, nous ne voulons pas substituer ce traitement médical à la chirurgie. Il faut recourir à l'intervention chaque fois que le diagnostic de bénignité ou de malignité ne peut être posé de façon formelle.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 16 mai 1944.
L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Arloing, Morel et Josserand. — Toutes les références concernant les travaux de ces auteurs de 1929 à 1943 sont mentionnées dans la bibliographie de la thèse de Conte. Nous n'avons fait état ici que de leurs plus récentes recherches.

Aubert. — Le point de vue du chirurgien dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Marseille médical*, 5 avril 1938.

Baumel. — Pratique gastro-entérologique. Edition 1942.

Beauchef. — Histologie de l'ulcère calleux de la petite courbure. *Procès-verbal du Congrès français de chirurgie*, Paris, 1920, XXIX, 159, 187.

Bergeret, Hillemand et Cherigie. — Cancer ulcériforme de la face postérieure de l'estomac. Diminution de la niche sous l'influence du traitement. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, 5 juill. 1943.

Bernard (A.). — Signes radio-cliniques de l'ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Le Documentaire médical*, déc. 1938.

Brûlé et Hillemand. — Niches géantes de la petite courbure. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 26 févr. 1943.

Brun (M.). — Indications chirurgicales dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Gaz. méd. de France*, 15 sept. 1935.

Chalnot (M.). — Quand faut-il opérer les ulcères de l'estomac ? Soc. de méd. de Nancy, 12 nov. 1941.

Chevallier (R.). — La gastrite péri-ulcéreuse. *Journ. de méd. de Lyon*, 17, 69-71, 20 janv. 1936.

Conte (H.). — Contribution à l'étude du traitement des cancers digestifs par la ferriscorbone sodique. Thèse Bordeaux, 1942.

Delore et Gabrielle. — Indications actuelles du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. *Presse médicale*, 17 oct. 1936.

Dubarry (J.). — Traitement des cancers avancés de l'estomac par la ferriscorbone. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 nov. 1941.

— Trente-cinq cas de cancers digestifs avancés traités par la ferriscorbone sodique. *Gaz. méd. de France*, juin 1943.

— Essai de traitement des ulcères calleux par la ferriscorbone sodique. Soc. de gastro-entérologie de Paris, 5 juill. 1943. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, t. 32, nos 11-12, nov.-déc. 1943.

Duplant (F.). — Etude histologique de la paroi gastrique éloignée des lésions dans les ulcères, cancers et hypertrophies du pylore. *Lyon médical*, 19 avril 1936.

Graham (H. F.). — Callous ulcer of the stomach (pylorus). *New-York Med. Journ.*, 1921, CXIV, 289.

Gutmann (R. A.). — Critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. *Presse médicale*, 21 oct. 1931.

— L'ulcère géant de la petite courbure. *Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris*, 20 janv. 1939.

— Les niches de la petite courbure. Médecine ou Chirurgie ? 1939.

— Syndromes douloureux de la région épigastrique, 3e éd., 1940.

Gutmann et Arnous. — Le diagnostic précoce de l'ulcère peptique. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, janv. 1936, t. XXVI, p. 68, 75.

Gutmann et Jahiel. — Sténoses du pylore et gastrites ectasiantes. *Presse médicale*, 25 janv. 1935.

Gutmann et Petkowitch. — Déformations antrales dans l'ulcère de la petite courbure. *Le Documentaire médical*, févr. 1938.

Hartmann (H.). — L'ulcère calleux de l'estomac. *Ann. de la Fac. de méd. de Montevideo*, 13, 725, 736, nov.-déc. 1928.

Hillemand, Cherigie et Andoly. — Ulcère géant de la face postérieure de l'estomac. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 15 mai 1942.

Hillemand et Garcia-Calderon. — Caractères radiologiques de l'ulcère de la petite courbure gastrique. *Annales médico-chirurgicales*, 15 janv. 1937, t. II, n° 1.

— Caractères radiologiques de l'ulcère duodénal. *Annales médico-chirurgicales*, 15 mai 1937, t. II, n° 5.

Hillemand et Mlles Montaland et Nouflard. — Les ulcères de la face postérieure de l'estomac. Soc. de gastro-entérol. de Paris, 7 juin 1943.

Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon et Nemours-Auguste. — Ulcère gastrique géant à forme tumorale. Soc. de gastro-entérol. de Paris, 9 févr. 1942.

Leriche. — Considérations générales sur le traitement des ulcères gastroduodénaux. *Gaz. des hôpitaux*, 24 oct. 1928.

Letulle (M.). — Ulcère calleux de l'estomac. Ulcère cicatrisé de l'estomac. *Anatomie pathologique*, t. II, p. 1296, 1298.

Lortat-Jacob (J.-L.). — La gastrectomie totale exceptionnellement appliquée à deux ulcères haut situés de la petite courbure de l'estomac. *Presse médicale*, 25 sept. 1943.

Marie (P.-L.). — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'hormone folliculaire. *Presse médicale*, 20 mars 1943.

Morel (A.), Arloing (F.) et Josserand (A.). — Action du complexe ferrico-sodique de l'acide déhydro-ascorbique sur deux cas d'ulcère gastrique ancien. Soc. méd. des hôp. de Lyon, 16 juin 1943.

— Nouvelles recherches chimiothérapiques vis-à-vis du cancer; étude des complexes ferrico-sodiques de l'acide alloxanique (ferrioxones). *Lyon médical*, n° 12, 21 mars 1943.

Moutier, Hillemand et Nemours-Auguste. — Ulcus gastriques radiologiquement visibles et invisibles. Soc. de gastro-entérol. de Paris, 5 juill. 1943.

Papin (F.). — Estomac biloculaire par ulcère calleux. *Journ de méd. de Bordeaux*, 1921, LI, 134.

— Ulcère calleux hémorragique de la petite courbure. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1922-1923, 466, 474, Discussion, 490, 492.

Papin (F.). — Ulcère calleux de la petite courbure de l'estomac; histoire d'une erreur de diagnostic. *Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*, 1925, XLVI, 378.

— Ulcère calleux de la petite courbure de l'estomac. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 27 févr. 1930.

Périer (E.-A.). — Diagnostic des niches géantes de la petite courbure gastrique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n^{os} 11-12, 15-30 juin 1942.

Ramond et Jacquelin. — A propos de la cicatrisation des ulcus gastriques. *Cahiers de gastro-entérologie*, nov. 1934.

Savy (P.), Girard (M.) et Khayat (Z.). — Ulcères multiples de l'estomac et du duodénum. *Journ. méd. de Lyon*, 5 mars 1938.

Traissac (F.-J.). — Le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 oct. 1941.

Dépôt légal effectué en 1944 (2e trimestre). Loi du 21 juin 1943.

22586. — N° 120. — Impr. Delmas, Bordeaux (31 0192). — 1944.